

OPINNÄYTETYÖ
VIRPI VALKAMA
OUTI PULKKINEN

2013

PERHEEN TUKEMINEN OSANA PSYKOOSIPOTILAAN HOITOA

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Perheen tukeminen osana psykoosipotilaan hoitoa

Virpi Valkama
Outi Pulkkinen

2013

Toimeksiantaja Lapin sairaanhoitopiiri Ky, Psykiatrian klinikka, Psykoosilinjan
tutkimus- ja hoito-osasto 4

Ohjaaja Leena Välimaa

Tekijä	Virpi Valkama Outi Pulkkinen	Vuosi	2013
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri Ky, Psykiatrian klinikka, Psykoosilinjan tutkimus- ja hoito-osasto 4		
Työn nimi Sivu- ja liitemäärä	Perheen tukeminen osana psykoosipotilaan hoitoa 46		

Psykoosiin sairastuu elämänsä aikana jopa 3,5 % suomalaisista, Lapin alueella jopa tätäkin useampi. Läheisen sairastuminen psykoosiin sekä sitä seuraava psykiatrinen sairaalahoido on perheelle usein yllättävä ja traumaattinen tapahtuma, joka vaikuttaa koko perheen elämään. Perhe tarvitsee tukea ja tietoa matkallaan psykoosiin sairastuneen läheisen rinnalla. Perheen tukemisella on myös ennaltaehkäisevä merkitys, se estää perheenjäseniä sairastumasta itse ja parantaa sairastuneen ennustetta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan osastolle 4 opas, joka on tarkoitettu omaisille joiden läheinen on sairastunut psykoosiin. Opinnäytetyömme on kaksiosainen; se sisältää raportin, joka luo teoreettisen viitekehyksen työlle, sekä oppaan psykoosiin sairastuneen potilaan omaisille. Työn teoriakehys muodostuu psyykosisairauksien, käytettyjen hoitomenetelmien, omaisten tukemisen teoriasta sekä näyttöön perustuvasta tutkimustiedosta.

Oppaan pääperiaatteina suunnittelussa ja laatimisessa ovat olleet tarpeen mukaisen sisällön eli sairauksien, hoitomuotojen ja –käytänteiden avaaminen sekä omaisten tuen ja avun tarpeen huomioiminen. Sisältö on laadittu teoreettisen viitekehyksen pohjalta toimeksiantajan toiveet ja tarpeet huomioiden. Opas on 20 -sivuinen ja se sisältää tekstiä että kuvia. Luonnosta ja eri vuodenaikoina otetut kuvat on valittu kulloisenkin sivun aiheen mukaisesti tukemaan omaista myös visuaalisin keinoin. Oppaan sisällön tarkoituksena on selvittää kansantajuisesti, mitä psykoosi on, miten sitä hoidetaan ja minkälaiset ovat hoitokäytännöt osastolla. Omaiset löytävät oppaasta myös hyödyllisiä yhteystietoja lisätiedon ja tuen saamiseksi, omaa jaksamistaan tukemaan.

Avainsanat	psykoosi, omaiset, psykoedukaatio, perhetyö, opas, tukeminen, psykiatrinen hoito
Muita tietoja	Työhön liittyy opas

Author	Virpi Valkama Outi Pulkkinen	Vuosi	2013
Commissioned by	Lapland Hospital District, Psychiatric Clinic, Psycho-sis Examination and Treatment Unit 4		
Subject of thesis	Supporting The Family As Part of The Nursing Care of A Psychosis Patient		
Number of pages	46		

Up to 3,5 % of the people in Finland develop a psychosis during their lifetime, in Lapland the number is even higher. When a family member develops a psychosis and has to get treatment in a psychiatric hospital, it's a sudden and traumatic experience to the family and affects the life of the whole family. A family needs support and information during their journey with a psychotic person. Supporting the family has also a preventive role. It can prevent the family members from getting sick themselves and it improves the prognosis of the psychotic patient.

Our thesis has two parts. It includes a report and a guide to the family of people with psychosis. The main principle in planning the guide was the contents i.e. the information on psychotic diseases, treatment and practices of treatment for psychotic diseases. The thesis also includes a chapter for family education and support. The contents of the guide was also based on the needs, practices and wishes of the commissioner. We interviewed a workpair from the commissioner and they also gave us feedback and proposals for development during the process. All this had an impact on how the final guide came out. Our client is going to use the guide to work with families of people with psychosis.

In the theory report of our thesis we open the contents of the thesis to the reader. The theory part consists of the theory of psychosis diseases, their treatment, evidence-based information and the theory of supporting families.

The guide is twelve pages long including text and pictures. The pictures from the nature taken during different seasons have been selected to support the reader also by visual means. The purpose of the guide is to tell in plain language; what is psychosis, how it is treated and what kind of practices the psychosis unit offers. The families can also get some useful information of where they can get more information and support to cope.

Key words	psychosis, relatives, psycho education, guide, family work, support, psychiatric treatment
Special remarks	The thesis includes a guide

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	3
3 PSYKOOSISAIRAUDET	4
3.1 PSYKOOSISAIRAUKSIEN SYNTY, SAIRASTUVUUS JA VARHAINEN TUNNISTAMINEN...	4
3.2 PSYKOOSIOIREITA AIHEUTTAVAT PSYKIATRISET SAIRAUDET	6
3.2.1 Skitsofrenia	6
3.2.2 Orgaaninen psykoosi.....	8
3.2.3 Psykoottisesti oireilevat mielialahäiriöt.....	9
3.3 PSYKOOSIN ETENEMISEN VAIHEET	10
3.4 PSYKOOSISAIRAUKSIEN ENNUSTE	12
4 PSYKOOSISAIRAUKSIEN HOITOPROSESSI LAPIN SAIRAANHOITOPIIRIN PSYKOOSILINJAN OSASTOLLA 4	13
4.1 HOITOON HAKEUTUMINEN JA SAAPUMINEN.....	13
4.2 HOIDON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	16
4.2.2 Omahoitajan tehtävät ja hoitokokous hoitotyössä	16
4.2.3 Toiminnallinen hoito ja fysioterapia osana hoitoprosessia.....	19
4.2.4 Lääkehoito.....	20
4.2.5 Muut terapeuttiset hoitomuodot	22
4.3. HOIDON ARVIOINTI JA JATKOHOITO	26
5 OMAISEN TUNNEPROSESSI JA SELVIYTYMINEN	27
5.1 KUN LÄHEINEN SAIRASTUU – OMAISEN PROSESSI	27
5.2 VERTAISTUKI	29
5.3 TALOUDELLISET TUKIPALVELUT	31
6 SINULLE, JONKA LÄHEINEN ON SAIRASTUNUT PSYKOOSIIN-OPAS.....	33
6.1 OPPAAN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	33
6.2 OPPAAN ARVIOINTI.....	36
7 POHDINTA.....	38
LÄHTEET.....	42

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on tuottaa Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan osasto 4:lle opas erityisesti ensipsykoosipotilaiden omaisille. Alun perin keskustelimme toimeksiantajan kanssa tutkimuksesta, jonka aiheena olisi ollut tutkia, minkälaista tukea omaiset tarvitsevat ja saavat osastolla erityisesti ensipsykoosipotilaiden kohdalla. Aiheemme näkökulma vaihtui kuitenkin hieman matkan varrella, sillä eettisistä ja laadullista näkökulmista katsottuna työ olisi ollut haasteellinen: miten saada riittävä määrä omaisia haastateltavaksi. Myös juridiset seikat, kuten eettisen lautakunnan lupien saaminen haastatteluihin olisi epävarmaa. Aiheesta on jo olemassa myös hyvää tutkimusmateriaalia sekä kansallisesti että kansainvälisesti, jota voimme hyödyntää työssämme. Käytännön kannalta lopullinen aiheemme palvelee paremmin toimeksiantajaa, onhan lopputuloksena valmis työkalu, jota osastolla työskentelevät voivat käyttää omaisten kanssa työskentelyssä.

Opinnäytetyömme on muodoltaan toiminnallinen opinnäytetyö, koska sen tarkoitus on tuottaa opas. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on ohjeistaa käytännön toimintaa, opastaa, järjestää tai järkeistää toimintaa. Se voi olla tyypiltään esimerkiksi jonkinlainen perehdyttämisopas tai ohjeistus tiettyyn toimintoon, kuten turvallisuusohjeistus. (Vilkka–Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytteemme tarkoituksena on tuottaa opas, joka tulee potilaiden omaisten käyttöön Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan psykoosilinjan osasto 4:lle.

Laadullista tutkimusta voidaan käyttää myös osana toiminnallista opinnäytetyötä. Sen avulla voidaan selvittää esimerkiksi sitä, millaisista asioista ihmiset haluavat tietoa tai tutkija voi hakea syvällisempää ymmärrystä aiheeseen. Toiminnallisen opinnäytetyön laadullista tutkimusta ei ole välttämättömyys analysoida, vaan sitä voidaan käyttää lähteenä. Toiminnallisen opinnäytetyön pohjaksi riittää myös usein suuntaa antava tieto, joten haastattelujen tarkka analysointi on tarpeetonta. (Vilkka– Airaksinen 2003, 63 - 64.) Käytämme opinnäytetyössämme myös laadullista tutkimusta, toimeksiantajan puolelta saamme hoitajaparin, jolta keräämme ideoita oppaan

sisältöön ja saamme kattavampaa tietoa osaston käytännöistä. Haastattelun tarkoituksena on saada heiltä tietoa siitä, minkälaista tietoa he kokevat oman kokemuksensa pohjalta psykoosipotilaiden omaisten tarvitsevan ja millaiseen muotoon se tulisi sijoittaa, jotta se olisi mahdollisimman helppo käyttää. Hoitajilta saadun tiedon merkitys on suuri, sillä loppujen lopuksi he ohjaavat tuottamamme oppaan käyttöä omaisille ja varmistavat sen, että opasta myös käytetään osana hoitoprosessia. Haastattelun suoritamme avoimena keskusteluna toimeksiantajan meille osoittaman hoitajaparin kanssa. Psykoosipotilaiden omaisten sijaan käytämme hoitajia tietolähteenä, koska näin saamme pitkältä ajalta laajasti tietoa siitä, minkälaisia tarpeita perheillä on, sekä myös tietosuoja- ja eettisten kysymysten vuoksi.

2. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli tuottaa käytännönläheinen opas Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan psykoosilinjan osastolle 4. Opas on tarkoitettu omaiselle tueksi sairastuneen läheisen rinnalla kulkemiseen. Oppaan tarkoituksena on tuoda tietoa potilaan omaisille psykoosisairauksista, niiden hoidosta, osaston käytänteistä ja tukea omaisen omaa jaksamista. Tavoitteena oppaassa oli tuottaa kansantajuinen, selkeä ja perustiedot antava tietopaketti. Oppaan kirjoitusasua ja ulkomuotoa ohjaavia tavoitteita oli oppaan tukeva tarkoitus, tekstin oppaassa tuli olla kirjoitusasultaan kunnioittava, toivoa antava ja tukeva. Oppaan sisältöä ohjasi myös toimeksiantajan esille tuomat toiveet ja tarpeet oppaan suhteen. Valmis opas on tarkoitettu toimeksiantajan käyttöön auttamaan omaisten tukemisen prosessia hoidon aikana. Opas on tarkoitus antaa omaisille hoitoprosessin alussa, jolloin se toimii tukena koko prosessin ajan.

Oppaan sisältöä ohjaavia kysymyksiä, joihin opas pyrkii vastaamaan omaisille ja läheisille olivat; Mistä voin saada apua omaan jaksamiseen? Mistä psykoosi johtuu, miksi juuri minun läheiseni sairastui? Mitä osastolla tehdään ja miten läheistäni hoidetaan? Miten minä voin osallistua hoitoon? Mihin ja miten minä voin osastolle ottaa yhteyttä? Miten minä/sairastunut pärjäämme taloudellisesti, voimmeko saada jostain taloudellista apua?

Ammatillisuuden näkökulmasta oppaan ja sen pohjana olevan teoreettisen viitekehyksen tarkoituksena on ohjata ja kehittää omaisten tukemista osana psykoosipotilaan hoitotyötä osastolla. Teoreettisen viitekehyksen lähtökohtana oli tuottaa perusta oppaan sisällölle esittämällä tutkittua ajantasaista tietoa psykoosisairauksista, niiden hoidosta ja omaisten tuen tarpeesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös kehittää omaa tietämystämme, ammatillisuutta sekä työelämälähtöisyyttä osana prosessia.

3 PSYKOOSISAIRAUDET

3.1 Psykoosisairauksien synty, sairastuvuus ja varhainen tunnistaminen

Psykoosilla tarkoitetaan sellaisia mielenterveyden ongelmia, joihin liittyy todellisuudentajun häiriö. Sen puhkeaminen on inhimillinen katastrofi, jonka seurauksena useat sairastuneet kärsivät myös traumaperäisestä stressi-reaktiosta. Psykoosi johtaa usein yksilön toiminta- ja työkyvyttömyyteen, ihmissuhteet kärsivät, itsenäinen selviytymiskyky ja taloudellinen tilanne heikkenee. Lisäksi menetykset kuten henkinen pääoma ja taloudelliset menetykset ovat mittavia myös yhteiskunnalle. (Salokangas ym. 2002, 8 - 9.) Perheen tukemisen näkökulmasta muun muassa Kilkku on tutkimuksessaan todennut, että läheiset pohtivat sairauden syntyä ja sitä miksi sairaus on kohdannut juuri heidän läheisiään. Tietoa haettiin eri paikoista, halu ymmärtää tapahtunut ja löytää tapahtuneelle selityksiä oli suuri. (Kilkku 2008, 92.)

Monien sairauksien syntymekanismin ymmärtämiseen käytetään usein haavoittuvuus-stressimallia, joka on myös hyvä lähtökohta psykoosisairauksien syntymekanismin ymmärtämisessä. Sairastumiseen vaikuttavat psykologiset ja biologiset tekijät, ne yksinään eivät useinkaan aiheuta psykoosisairauteen sairastumista, vaan useampi tekijä yhdessä. (Cullberg 2005, 80-81.)

Sairauden synnyssä lähdetään oletuksesta, että ihmisellä on alttius sairastua, joko perimän kautta saatu tai varhaiskehityksen aikana muodostunut alttius. Myös näiden yhdistelmä on mahdollinen, jolloin lähtökohtana on kaksi altistavaa tekijää. Varhaiskehityksen aikana muodostuneella alttiudella voidaan esimerkiksi tarkoittaa sikiöaikana muodostunutta kehityksen häiriötä, synnytyskomplikaatiota tai lapsuudessa koettua traumaa. (Hirvonen–Salokangas 2010.) Geneettisellä alttiudella tarkoitetaan sitä, että henkilön suvussa on psykoosisairautta sairastavia henkilöitä, tämä nostaa prosentuaalisesti sairastumisen riskiä verrattuna kokonaisväestön sairas-

tuvuuteen. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan lapsella on 9-12 % mahdollisuus sairastua skitsofreniaan, yleinen prosenttilukema väestössä on 1%. (Cullberg 2005, 8; Hirvonen–Salokangas 2010.)

Kun henkilöllä on olemassa haavoittuvuustekijä, voi psykoosisairauden laukaista stressitekijä. Laukaisevat stressitekijät voivat olla moninaiset ja ne voidaan jakaa selviin ja epäselviin, ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Selviä kuormittavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi suru, menetys, merkittävä ratkaisematon konflikti tai itsetunnon vahingoittuminen. Epäselviin tekijöihin puolestaan voidaan katsoa kuuluvan mm. eristyneisyys, vuorokausirytmin häiriöt, somaattinen sairaus tai unenpuute. (Cullberg 2005, 120 – 121.) Ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä voivat puolestaan olla työpaikan vaihto, ihmissuhteisiin liittyvät asiat, nuorilla kotoa irtaantuminen, parisuhteen muodostus, opiskelun aloittaminen. Näihin kaikkiin liittyy paljon tunteita ja esimerkiksi syyllisyys ja häpeä voivat aiheuttaa stressiä. (Auroran kuntoutuspoliklinikan työryhmä 2006, 2.)

Suvisaaren ym. vuosina 2000-2001 toteutetun väestötutkimuksen mukaan elämänaikainen psykoosiin sairastuvuus on 3,5% kaikista suomalaisista. Pohjois-Suomen alueella psykoosiin sairastuvuus oli huomattavasti muuta Suomea korkeampi. Aluejaottelu tutkimuksessa oli toteutettu yliopistollisten sairaaloiden toimialueiden mukaan, jolloin Pohjois-Suomi sijoittui Oulun yliopistollisen sairaalan piiriin. Tutkimuksen mukaan Oulun yliopistollisen sairaalan alueella sairastuvuus oli ollut kolminkertainen esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan toimialueeseen verrattuna. Tutkimuksen mukaan merkitystä oli syntymäpaikalla, ei niinkään asuinalueella. Pohjois-Suomessa syntyneillä, muualla asuvilla oli siis tutkimuksen mukaan myös korkeampi sairastuvuus. Syiksi tutkimuksessa esitettiin maantieteellisille sairastuvuuseroille synnytyksen ja raskauden aikaiset ongelmat, sosio-ekonomiset ongelmat ja alttiusgeenin rikastuminen alueellisesti. (Suvisaari ym 2012.)

3.2 Psykoosioireita aiheuttavat psykiatriset sairaudet

3.2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi psykoottista oirehdintaa aiheuttava sairaus, joka voi henkilöstä ja sairauden muodosta riippuen oirehtia eri tavalla. Se alkaa tavallisesti nuorella aikuisiällä ja joka kolmas sairaus muodostuu pitkäaikaiseksi. Se on varsin yleinen sairaus, n. 1 % koko maailman väestöstä sairastaa sitä. Siihen liittyy kolminkertainen kuolleisuus, joka johtuu muun muassa itsemurhien, alkoholin ja huumeiden liikakäytöstä, myrkytyksistä sekä tapaturmista. (Lepola–Koponen–Leinonen – Joukamaa – Isohanni - Hakola 2002,37; Punkanen 2006, 110.) Oireet voidaan jakaa kolmeen ryhmään; positiiviset oireet ja negatiiviset oireet (Cullberg 2005, 174). Negatiivisilla oireilla eli ns. puutosoireilla tarkoitetaan oireita, joissa sairastuneen terveestä minästä puuttuu jotain. Tällaisia oireita ovat tunne-elämän latistuminen, itsenäisen toimintakyvyn aleneminen, puheen köyhtyminen ja asioihin kiinnostumisen väheneminen. (Buchanan 2007.) Positiiviset oireet puolestaan ovat oireita, jotka tulevat sairastuneen terveeseen minään lisää. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi hallusinaatiot ja harhaluulot. Hallusinaatioilla tarkoitetaan esimerkiksi asioita, joita sairastunut näkee, kuulee tai haistaa, mutta jotka eivät muille ole olemassa olevia eli ovat epätodellisia. Harhaluulot puolestaan ovat ajatuksia tapahtumista, jotka eivät ole tosia. Sairastunut voi esimerkiksi epäillä että naapurit voivat kontrolloida hänen tekemisiään tai hän voi kuvitella jonkun vainoavan häntä. Kognitiivisilla oireilla puolestaan tarkoitetaan oireita, kuten kykyä ymmärtää ja vastaanottaa tietoa, lyhytaikaisen muistin heikkenemistä ja keskittymiskyvyn häiriöitä. (National Institute of Mental Health 2009, 2-4.)

Paranoidinen skitsofrenia on skitsofreniatyypeistä yleisimmin esiintyvä ja se puhkeaa usein hieman vanhemmalla iällä eikä se taannuta potilaan toimintatasoa taikka tunne -elämää samalla tavalla kuin muut muodot (Lepola ym. 2002,46). Sen tunnusomaisia piirteitä ovat hallitsevat hallusinaatiot ja harhakuvitelmat. (Cullberg 2005, 176.) Ennen sairastumistaan henkilöllä on voinut olla epäluuloisuuden piirteitä. Tunne-elämän ja taantumisen häiriöitä

eli negatiivisia oireita voi olla vähemmän, sen sijaan harhoihin liittyvä aggressiivisuus on tyypillistä. (Punkanen 2001, 112.)

Katatoninen skitsofrenia voi kehittyä hyvinkin nopeasti, sen helpoiten havaittava oire on psykomotoriset poikkeavuudet (Alanen 1993, 33). Psykomotorisilla oireilla tarkoitetaan esimerkiksi jäykkyyttä tai jonkin ruumiinosan pitämistä lukkiutuneessa asennossa. Psykomotorinen oirehdinta voi kestää päivistä kuukausiin ja aiheuttaa fyysisiä ongelmia. (Cullberg 2005, 177.) Hebefreeniselle eli hajanaiselle skitsofrenialle on tyypillistä sen varhainen alkaminen, se puhkeaa usein alle 20-vuotiaana, kuitenkin ennen 25 ikävuotta. Oirekuvaltaan hebefreeninen skitsofrenia oireilee vaikeina tunne-elämän muutoksina ja käyttäytymisen muuttumisena. Usein hebefreenistä skitsofreniaa sairastava voi virnistellä tai nauraa asiaan kuulumattomasti. Myös sisäänpäin kääntyminen ja maneerinen käyttäytyminen kuuluvat oirekuvaan. (Cullberg 2005, 176.) Potilaasta tulee usein myös täysin kyvytön huolehtimaan itsestään, taantuminen on hyvin voimakasta. Myös esimerkiksi seksuaalinen käyttäytyminen voi olla hyvinkin estontonta. (Punkanen 2001, 112.)

Erilaistumaton skitsofrenia eli jäsentymätön skitsofrenia tarkoittaa häiriötä, joka täyttää sairauden yleiset kriteerit, mutta ei päämuotojen kriteereitä ollenkaan tai täyttää vähintään kahden päämuodon kriteerit (Lepola ym. 2002, 47). Skitsofrenia simplex taas on harvinaisempi skitsofrenian alamuoto. Tässä muodossa ei tavata positiivisia oireita, kuten hallusinaatiota. Oireet ovat tyypiltään negatiivisia; kiinnostus asioihin voi kadota, tapahtuu sosiaalista vetäytymistä ja itseabroptio (itseän uppoaminen, itsekeskeisyys) lisääntyy. (Cullberg 2005, 177.)

Skitsotyyppinen häiriö (psykoosi- tai persoonallisuushäiriö) on persoonallisuushäiriön ja skitsofreenisen psykoosin välimuoto. Sille on tyypillistä omituinen käyttäytyminen sekä skitsofreniaa muistuttavat ajattelun ja tunne-elämän poikkeavuudet. Tunteet voivat olla kylmiä tai asiattomia, käyttäytyminen outoa tai erikoista ja potilaalla saattaa lisäksi olla vainoharhaisia tai muutoin omituisia ajatuksia. Tyypillistä voivat olla myös pakkomielleet, ajatusten ja havaintojen häiriöt. Psykoottistasoisia oireita esiintyy korkeintaan

väliaikaisesti ja ohimenevästi. (Salokangas ym 2007, 68.) Skitsoaffektiivinen häiriö, joihin luetaan kuuluvaksi myös skitsoaffektiivinen psykoosi, on skitsofrenian ja bipolaarisen mielialahäiriön välimuoto. Siinä henkilöllä esiintyy ajatustoiminnan häiriintyneisyyttä ja harhoja, jotka ovat psykoottisia oireita. Bipolaarihäiriön oireina henkilöllä on depressiivisiä ja erityisesti maanisia vaiheita. (Lepola ym. 2002, 49.)

Harhaluuloisuushäiriössä oireena on yksittäinen harhaluulo tai joukko harhaluuloja. Harhaluuloisuus ei ole niin eriskummallista kuin skitsofreniassa yleensä, ne voisivat jonkun kohdalla olla totta mutta eivät ole juuri tämän henkilön kohdalla. Tyypillisiä harhaluuloisuushäiriössä esiintyviä harhoja ovat uskon puolisio, hän voi myös kuvitella että joku täysin tuntematon henkilö on häneen rakastunut tai että hänellä on jossain ruumiinosassa poikkeavuus, joka vaatii hoitoa. (Cullberg 2005, 155-156.)

3.2.2 Orgaaninen psykoosi

Orgaanisen psykoosin alle luokitellaan päihteiden käytöstä aiheutuvat psykoosit, somaattisten sairauksien aiheuttamat psykoosit, vaskulaaristen vaurioiden aiheuttamat psykoosit sekä aivosairaudet. Alkoholin ongelmakäytön taustat voivat olla monisyisiä: vakava masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuus, pelkotilat, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö tai skitsofrenia ovat syitä, joiden hoito on usein edellytys alkoholin liikakäytön hoidolle. Toisin sanoen kun psykiatrinen sairaus hoidetaan tarve alkoholin liikakäyttöön lakkaa (Huttunen 2004, 166).

Aivosairauteen tai vammaan liittyvän psykoosin taustalla taas voi olla esimerkiksi aivokasvain tai kallovamman, siksi onkin tärkeä erilaisin kuvantamismenetelmin varmistaa ja pois sulkea älyllisen suorituskyvyn, tarkkaavaisuuden, toiminnan ohjauksen sekä työmuistin häiriöt. Tiedon käsittelyssä eli kognitiivisissa toiminnoissa voi olla kokonaisvaltaista heikentymistä ja varsinkin adekvaatti tiedon käsittely joka liittyy ajattelu- ja havaintotoimintaan, voi häiriintyä ja riski sairastua psykoosiin on nähtävissä jo vuosia ennen sen puhkeamista. Myös otsalohkon harmaan aineen

vähentyminen, sekä laajentuneet aivokammiot voivat lisätä ennakkooireilevan potilaan riskiä sairastua psykoosiin. (Salokangas ym. 2002, 44-45.)

3.2.3 Psykoottisesti oireilevat mielialahäiriöt

Psykoottisia mielialahäiriöitä ovat mm. mania, johon sisältyy psykoottisia oireita, kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottinen maaninen jakso sekä masennusjakso, vaikea-asteinen psykoottinen masennustila sekä toistuvan masennuksen vaikea, psykoottinen masennusjakso. Mielialahäiriöiden keskeisinä oireina ovat siis muutokset tunnetilassa sekä tunnetilan tason muutokset. Mielialat vaihtelevat maniasta depressioon häiriöstä riippuen. Maniavaiheessa mieliala on koholla ja toiminnallisuus oleellisesti lisääntynyt ja depressiovaiheessa mieliala ja toiminnallisuus ovat vastaavasti huomattavasti vähentyneet. Hoitomuotona on mielialaa tasaava lääkitys yhdessä muiden psykoosilääkkeiden kanssa, tosin psykoottisten masennustilan tehokkain hoitomuoto sekä manian että depression aikana on edelleen sähköhoito. Elämäntilanne ja – tapahtumat sekä perinnölliset tekijät ovat merkittävinä tekijöinä näiden sairauksien syntyyn ja puhkeamiseen, sillä useinhan näitä mielialahäiriöitä edeltää esimerkiksi menetys, vastoin käyminen tai epäonnistuminen millä tahansa elämän alueella. Yleensä mielialahäiriöiden hoidon vaste on hyvä, joskin uusiutumistaipumus on suuri. (Lepola ym. 2002 60-63.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksot eivät eroa oirekuvaltaan tavallisista masennustiloista, mutta ne saattavat kuitenkin olla kestoaltaan jonkin verran lyhyempiä. Niissä esiintyy muita masennustiloja yleisemmin psykoottisia oireita, ajatusten ja liikkeiden hidastumista, liikaunisuutta, ruokahalun kasvua ja lihomista (Huttunen 2012). Masennustilat voidaan erotella oirekuvan vakavuuden mukaan lievään, keskitasoiseen, vaikeaan ja psykoottiseen depressioon ja tämä vaikeusaste heijastuu yleensä toimintakykyyn. Vaikeasta psykoottisesta masennustilasta kärsivä on selvästi työkyvytön ja tarvitsee tiivistä tukea, usein myös sairaalahoitoa. (Huttunen 2011.)

3.3 Psykoosin etenemisen vaiheet

Psykoosisairauksien eteneminen ja oirehtiminen sisältävät aina yksilöllisiä tekijöitä. Sairaus, puhkeamiseen johtavat tekijät sekä muut yksilölliset tekijät vaikuttavat akuutin psykoosin kulkuun. Akuuttipsykoosin kulkua voidaan kuitenkin jakaa vaiheisiin sairauden kulun selventämiseksi. Käytämme tuottamassamme oppaassa sairauden kulun selkeyttämiseksi Cullbergin mallia, jossa psykoosi on jaettu vaiheisiin. Luokittelu auttaa ymmärtämään ja selkeyttämään psykoosin etenemistä terveestä mielestä kohti akuuttia psykoosia. (Cullberg 2005, 69-78.)

Akuuttia psykoosia edeltää joillakin sairastuneilla jopa vuosia kestävä esi-oirejakso eli prodromaalivaihe. Tunnistaminen ensipsykoosissa ennakoivasti ei yleensä onnistu, mutta jatkossa psykoosin uusiutumisen kannalta ennakko-oireiden tunnistaminen on tärkeää. Prodromaalivaihe voi kestää jopa vuosia ennen ensipsykoosin puhkeamista, mutta toisaalta se voi joillain kestää vain viikkojakin. (Cullberg 2005, 70.) Poikkeavat kokemukset, tuntemukset ”kaikki ei ole nyt kunnossa, jotain outoa ja kummallista on tapahtumassa” ovat usein ydinkokemuksia, joita sairastunut kokee prodromaalivaiheessa. (Salokangas ym. 2002, 26-27, 34-35.) Ennakko-oireista kärsivälle voi tulla vaikeuksia selvitä elämän vaatimuksista, arkipäiväisissäkin tilanteissa voi tulla tulkintavaikeuksia. Miettiminen lisääntyy, voi tulla vaikeuksia tunnistaa kuvitelmia ja todellisia asioita. Nämä voivat johtaa siihen, että henkilö muuttuu sulkeutuneemmaksi. (Cullberg 2005, 70-71.) Myös toimintakyvyssä voi näkyä muutos, henkilöä vaivaa motivaation puute asioihin ja keskittymiskyvyttömyys. Myös mielialan muutokset ja unihäiriöt ovat tyypillisiä. (Luutonen 2011.) Kaiken kaikkiaan oireisto esiintyy fyysisissä toiminnoissa, käyttäytymisen muutoksina, neuroottisina oireina, mielialaoireina, tahtoelämän muutoksina, kognitiivisina muutoksina ja muina oireina. (Salokangas - Heinimaa - Svirskis, ym. 2007, 28.)

Prodromaalivaiheesta siirrytään kohti akuuttia psykoosia prepsykoottisen vaiheen kautta. Prepsykoottinen vaihe vaihtelee kestoltaan yksilöstä riippuen,

toisilla se vaihtuu hyvin nopeasti akuuttiin psykoosiin ja toisilla se voi kestää viikkoja. Prepsykoottisessa vaiheessa jo prodromaalivaiheessa olleet oireet voimistuvat, ympäristö voidaan kokea entistä uhkaavampana ja muuttuneena. Itsestä huolehtiminen ja henkilölle aiemmin tavanomainen elämä muuttuu, ravitsemus ja uni-valverytmi voi häiriintyä merkittävästi. (Cullberg 2005, 71-72.)

Prodromaalivaiheesta prepsykoosin kautta henkilö lipuu psykoosin varhaiseen vaiheeseen, ennakko-oireet ovat muuttuneet akuutiksi psykoosiksi. Harhat ovat muuttuneet voimakkaiksi ja niiden määrä on lisääntynyt. Ne ovat yksilöllisiä, niille tyypillistä on ulkopuolisen silmin mahdollisuus. Sairastunut voi nähdä piilomerkityksiä ja viestejä esimerkiksi televisiossa ja lehdissä, jotka on tarkoitettu juuri hänelle. Hän voi kuulla ääniä, ne voivat olla esimerkiksi käskeviä tai kommentoivia. Maailma voidaan nähdä hyvinkin pahana ja kaikki ulkopuolinen kokea uhkaavana. (Cullberg 2005, 72-74.)

Psykoosin varhaista vaihetta seuraa psykoosin myöhäinen vaihe. Akuutti psykoosi alkaa väistymään hoidon ansiosta, toipumiselle tyypillistä on että se ei tapahdu tasaisesti vaan niin sanotusti heilurimaisesti edeten. Harhat alkavat vähenemään ja sairastunut alkaa ehkä kyseinalaistamaan niiden todenperäisyyttä. Akuutin psykoosin väistymiseen voi kulua viikkoja tai kuukausia. Toipumisprosessiin kuuluu usein myös masennuksen tunteet, sairastunut voi kokea häpeää ja vaikeutta palata todellisuuteen. Psykoosin myöhäinen vaihe vaihtuu hiljalleen postpsykoottiseen vaiheeseen, jossa sairastunut kokee uudelleen orientoitumista elämäänsä. Häpeän tunteiden lisäksi koetaan myös helpotusta siitä että sairaus on voitettu, mutta myös pelkoa uudelleen sairastumisesta. Osalle voi myös jäädä joitain psykoottisia oireita, tämä on tyypillisintä skitsofrenian aiheuttamille psykooseille. (Cullberg 2005, 75-77.)

3.4 Psykoosisairauksien ennuste

Perinteisesti on ajateltu, että kolmasosa skitsofreniapotilaista paranee, yhdelle kolmasosalle jää lieviä, mutta pitkäaikaisia oireita ja lopuilla oireet ovat vaikeita, kroonisia. Ennuste on hieman paranemaan päin, täydellinen paraneminen on mahdollista n. 2-20 % sairastuneista. Kun ikää tulee lisää, oireet ja taudinkuva helpottuu, sairastunut oppii tulemaan toimeen herkkyytensä kanssa, oppii elämään ja jopa nauttimaan elämästä. Hyvän hoidon ja kuntoutuksen merkitystä ei voi liiaksi korostaa tässä yhteydessä, ei myöskään varhaisen tunnistamisen merkitystä, joka olennaisesti parantaa ennustetta (Lepola ym. 2002). Tutkimusten mukaan omaiset vaikuttavat myös sairastuneen kuntoutumiseen ja ennusteeseen. Sariola ja Ojanen ovat kirjassaan ottaneet esille sen, että lähiomaisen suhtautuminen voi vaikuttaa potilaan ennusteeseen. Lähiomaisten kielteiset tunnereaktiot, kriittiset huomautukset, vihamielisyys ja yliholhoaminen voivat heikentää ennustetta jopa 3-4 kertaiseksi suhteessa niihin, joiden lähiomaisilla ei näitä esiinny. Tutkimusten mukaan ajatellaan, että omaisten läheisen sairastumisen aiheuttama stressi on yhteydessä kielteisiin tunnereaktioihin. On myös saatu selville se, että omaisille tarjottu edukaatio eli opetus sairaudesta vaikuttaa myönteisesti potilaiden ennusteeseen. (Sariola – Ojanen 2000, 41-44.) Tunneilmapiiri perheessä eli epressed emotion (EE) on psykiatrianhoidon perhetutkimuksen keskeisiä käsitteitä Heikkilän mukaan. Tunneilmapiirin vaikutuksiin perustuvat tutkimukset ovat luoneet perustan psykoedukatiivisille menetelmille. Sairastuneen perheen psykoedukaation on todettu parantavan potilaiden ennustetta skitsofreniatyyppisten psykoosien oireiden uusimisen osalta. Psykoedukaation ajatellaan vaikuttavan muun muassa moniin perheen vuorovaikutuksen piirteisiin ja vähentävän potilaaseen kohdistuvaa arvostelua. (Heikkilä 2006.)

4 PSYKOOSISAIRAUKSIEN HOITOPROSESSI LAPIN SAIRAAHOITOPIIRIN PSYKOOSILINJAN OSASTOLLA 4

4.1 Hoitoon hakeutuminen ja saapuminen

Psykiatriseen erikoissairaanhoidoon tullaan aina B1- tai M1-lähetteellä, jonka kirjoittaa virkalääkäri perusterveydenhuollossa tai erikoissairanhoidossa. B1 on normaali, usein kiireetön lähete, jolloin sairastunut tulee hoitoon vapaaehtoisesti, kun taas M1 on tarkkailulähete, jolloin sairastunut ei itse halua hoitoon, mutta joutuu sinne vastentahtoisesti. (Punkanen 2001, 32.) Hoitajakso voi olla myös aikaisempien hoitokertojen pohjalta sovittu kuntoutusjakso osastolla, joka yleensä on viikon mittainen (Työparihaastattelu 2012).

Mikäli potilas tulee hoitoon M1-lähetteellä, tulee huomioida mielenterveyslaissa läheteelle asetetut lainsäädännölliset perusteet. Lain mukaan henkilö voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon vain jos hänen todetaan olevan mielisairas ja jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu käytettäväksi. (Mielenterveyslaki 2:8§.)

Potilas tulee osastolle tilanteestaan riippuen joko itse, omaisen tai muun saattajan kyydillä tai ambulanssilla (Työparihaastattelu 2012). Tarvittaessa saattamassa voi olla myös virkavalta, mikäli lähettävä lääkäri katsoo että potilaan hoitoon kuljettamiseen tarvitaan kuljetettavan väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi terveydenhuoltoalan ammattikoulutuksen saaneen saattajan lisäksi muukin saattaja, poliisi on velvollinen avustamaan kuljetuksessa. (Mielenterveyslaki 5:31§.) Potilaan saapuessa osastolle on häntä vastaanottamassa kaksi osastolla työskentelevää hoitajaa. Mikäli potilas tulee jonkin muun yksikön (ensihoito tai sairaalan toinen osasto)

saattelemana otetaan tuovan yksikön hoitohenkilökunnalta vastaan raportti, josta saadaan perustiedot saapuvasta potilaasta. Kykyjensä mukaan voi saapuva potilas kertoa myös omin sanoin tietonsa hoitohenkilökunnan täydentäessä. Potilaan saapuessa omaisen saattamana, keskustellaan tulotilanteesta molempien kanssa. Samalla saadaan myös synnytettyä kontakti heti potilaaseen ja mahdollisuuksien mukaan myös tämän läheisiin. (Työparihaastattelu 2012.)

Tulotilanteessa potilaasta tutkitaan myös perusasioita; pituus, paino, vyötärön ympärys, verenpaine, pulssi ja verensokeri. Hänen tavaransa käydään läpi ja sieltä otetaan tarvittaessa säilöön terä-aseet, päihteet ja muu osaston tai henkilön itsensä turvallisuutta vaarantava esineistö. Tavaroista tehdään myös lista, jonka allekirjoittaa sekä hoitaja, että potilas. Tällä turvataan potilaan tavaroiden säilyminen ja toisaalta vältetään jälkikäteen tulevia epäselvyyksiä. (Työparihaastattelu 2012.) Mielenterveyslain mukaan potilaalta voidaan ottaa säilöön omaisuutta, joka; on päihteitä, huumausaineita tai näiden käyttöön tarkoitettua välineistöä, taikka potilaan tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä, rahoja tai muita maksuvälineitä mikäli potilas todennäköisesti sairaudestaan johtuen voisi ne hävittää sekä muut hoitoa tai toimintayksikön yleistä järjestystä vakavasti häiritsevät aineet ja esineet. (Mielenterveyslaki 4a:22g§.)

Osaston lääkäri tai psykiatrian päivystävä lääkäri tapaa potilaan mahdollisimman pian tämän tullessa osastolle ja arvioi hoidon tarpeen. Mikäli potilas on tullut M1-lähetteellä, tulee huomioida lain antamat ehdot ja aikarajat hoitoon määrittämiselle. Mikäli lääkäri päättää potilaan tavattuaan, että M1-lähetteellä tullut potilas on todella tahdonvastaisen hoidon tarpeessa ottaa hän potilaan osastolle tarkkailuun. Tarkkailu saa olla kestoaltaan kolme päivää, viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun asettamisesta lääkärin tulee tutkia potilas ja tehdä tästä tarkkailulausunto. Mikäli lääkäri toteaa potilaan tutkittuaan, että potilaan tila edellyttää hoitoa ja potilas ei ole halukas jäämään vapaaehtoiseen hoitoon, voi lääkäri määrätä potilaan tahdonvastaiseen hoitoon. Mikäli potilaan tutkimisen yhteydessä ei löydy edellytyksiä tahdonvastaiselle psykiatriselle hoidolle, tulee lääkärin tehdä

vapauttava hoitopäätös. Potilasta tulee kuulla aina ennen päätöksen tekoa ja hänelle tulee antaa hoitoonmääräämispäätös viipymättä. (Mielenterveyslaki 2:9-11§.)

Tulotilanne voi myös jäädä omaiselle hieman hämärän peittoon tunteiden ja ajatusten myllertäessä. Voi olla ettei omainen ole lainkaan mukana potilaan tullessa osastolle, jolloin hän oppaasta näkee mitä osastolle tulossa otetaan huomioon ja tehdään, tarvittaessa hän voi jälkikäteen keskustella tilanteesta hoitohenkilökunnan kanssa. Hakalan ja Pajala - Aulisen tutkimuksen mukaan omaistyön näkökulmasta katsottuna tulotilanne on omaiselle tärkeä. Omaiset pitivät tutkimuksen mukaan tärkeänä hoitajan läsnäoloa ja asiallista informaatiota. Tutkimuksessa haastatellut omaiset olivat kokeneet, että tarvitsisivat tietoa hoitokäytännöistä ja osaston käytännöistä heti alussa. Omaiset myös toivoivat, että hoitohenkilökunta hyödyntäisi ja olisi kiinnostunut siitä tiedosta, joka heillä omaisina potilaasta on. (Hakala - Pajala - Aulis 2009, 30-34.) Toisaalta kun osaston ja perheen yhteistyösuhde halutaan tiiviiksi alusta lähtien, pitäisi omaisille tuoda selkeästi esille se, että henkilökunta tarvitsee heidän apuaan. Ja kun tämä ”avunpyyntö” esitetään, kieltäytymisiä tulee hyvin harvoin (Haarakangas – Seikkula 1999, 57).

4.2 Hoidon suunnittelu ja toteutus

4.2.1 Hoidon suunnittelun lähtökohdat

Lähtökohtana potilaan hoidon suunnittelulle ja toteutukselle on tiedon hankinta potilaasta. Tietoa hankitaan haastattelemalla sekä potilasta, että mahdollisesti hänen omaisiaan selvittämällä sairastuneen toimintakyky eli funktionaalinen status. Myös muita tutkimuksia tehdään tarpeen mukaan, esimerkiksi aivojen kuvantaminen ja neurologiset ja neuropsykologiset tutkimukset. (Salokangas ym. 2002, 34 – 45). Hoitamisen käytännössä päätöksenteko on joko yhden työntekijän tai moniammatillisen työryhmän yhteistyönä tehty päätös, jolloin vallalla on hoitohenkilökuntalähtöinen päätöksentekotapa. Potilaslähtöisessä tavassa taas potilaalla on merkittävä rooli. Yhteistä päätöksentekotapaa ovat suunnittelemassa kaikki potilaan hoidossa mukana olevat ammattiryhmät sekä potilas ja/tai hänen omaisensa. (Lauri –Eriksson – Hupli 1998, 86-91). Osastolla 4 toteutetaan tätä yhteistä päätöksentekotapaa, esimerkiksi hoitokokouksien ja moniammatillisen työryhmän sekä verkostotapaamisten avulla (Työparihaastattelu 2012).

4.2.2 Omahoitajan tehtävät ja hoitokokous hoitotyössä

Omahoitajan tehtävä on yksilövastuullista hoitotyötä, hän toteuttaa hoidon kokonaisvaltaisuutta, jatkuvuutta ja hoidon koordinointia potilaan kohdalla. Omahoitaja huolehtii potilaasta hoidon aikana hoitoon saapumisesta hoidosta lähtemiseen saakka. Hän huolehtii potilaan asioiden hoidosta moniammatillisessa työskentelyssä, esimerkiksi työryhmissä. Omahoitajan tehtävänä on myös huomioida potilaan läheiset ja luoda heihin aktiivisesti suhdetta. Hänen tulisi ottaa omaiset osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Åstedt - Kurki–Paavilainen– Pukuri 2007.)

Jokaisen potilaan kohdalla on valittu jo hoidon alkaessa omahoitaja, joka ensisijaisesti huolehtii potilaan asioista ja käy potilaan kanssa syvempiä

keskusteluja. Osastolla on järjestelmä, jossa potilaalla on ensisijainen omahoitaja, sekä varahoitaja joka korvaa omahoitajan esimerkiksi tämän lomien ja muiden pitempien poissaolojen ajalla. Lisäksi potilaalla on vuorohoitaja, mikäli potilaan omahoitaja tai varahoitaja eivät ole vuorossa. Vuorohoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, joka on työvuorossa ja huolehtii oman työvuoronsa ajan potilaan päivittäisistä asioista. (Työparihaastattelu 2012.) Toimeksiantajaosastollamme omahoitaja luo heti hoidon alusta hoitosuhteen potilaaseen, hänen vastuullaan on huolehtia potilaan asioista hoidon aikana. Omahoitaja ylläpitää sairaalassa moniammatillista verkostoa, hän ottaa tarpeen vaatiessa yhteyttä esimerkiksi toiminnalliseen hoitoon. Hän myös huolehtii potilaan kanssa yhdessä esimerkiksi laskujen maksusta tai varaa sosiaalihoitajalle ajan mikäli potilas tarvitsee neuvoa talousasioissa. Omahoitajan tehtäviin kuuluu myös järjestää esimerkiksi hoitokokouksia sekä verkostopalavereita ja tapaamisia omaisten kanssa. Hän huolehtii siitä, että potilaan hoidosta on tarpeenmukainen raportointi ja tekee hoitotyön yhteenvedot. (Työparihaastattelu 2012.)

Onnistunut hoito psykoosipotilaan kohdalla, kuten psykiatrisen potilaan hoito yleensäkin, rakentuu luottamukselliselle hoitosuhteelle. Se on erityisen tärkeää sairastuneelle, kun elämän realiteetit ovat hämärtyneet ja kyky huolehtia itsestä on ainakin hetkellisesti poissa. Hoitajan eläytymiskyky, empaattinen lähestymistapa, supportiiviset toimenpiteet, sekä sairauteen ja hoitoon liittyvän tiedon antaminen muokkaavat hoitosuhteen luonnetta ja luovat tukevan perustuksen luottamukselliselle hoitosuhteelle, joka kantaa läpi hoitajakson. (Salokangas ym. 2002, 48-50.) Kilkun tutkimuksessa oli tutkittu myös omahoitajan merkitystä ja omahoitaja-järjestelmän toimivuutta. Tutkimuksessa haastatellut omaiset kokivat, että omahoitajaa ei välttämättä edes tavattu. Koettiin myös, ettei tapaamisista saatu hyötyä. Myös vaihtuvat hoitajat aiheuttivat kontaktin puuttumista. Haastatellut omaiset kokivat hoitajien olevan niin kiireisiä, ettei heitä sovi häiritä. Omaisten tiedustellessa hoidossa olevan vointia, olivat hoitajien antamat tiedot myös liian ympäröivä. (Kilkku 2008, 82.) Myös Heinonen ja Hemmilä ovat tutkimuksessaan saaneet samansuuntaisia tuloksia, omahoitajaa tavattiin harvoin ja omahoitajan vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi. Kuitenkin tutkimuksessa

oli käynyt myös ilmi, että omahoitaja oli ollut tarvittaessa valmis keskustelemaan omaisen kanssa. (Heinonen - Hemmilä 2009, 24.)

Psykiatrian alan hoitoprosesseissa on käytössä asiakkaan, omaisten sekä hoitohenkilökunnan yhteistapaamiset, joista käytetään usein nimitystä hoitokokous, hoitoneuvottelu, perhe- tai verkostotapaaminen. Näiden tapaamisten tavoitteena yhteisten keskustelujen ja ohjaamisen kautta auttaa potilasta ja hänen omaisiaan jäsentämään ja käsittelemään sairautta ja siitä seuraavia muutoksia sekä suunnittelemaan tulevaisuutta. Se on siis vuorovaikutuksellinen tapahtuma, jossa mielenterveydellisissä vaikeuksissa oleva henkilö ja hänen omaisensa voivat saada apua ja tukea. (Haarakangas 2008, 74-75.) Aaltosen ja Rinteen mukaan perheiden motivaatio hoitokokouksiin osallistumisesta on hyvä erityisesti ensipsykoosiin sairastuneen kohdalla, sillä ahdistus ja huoli tapahtuneesta on suuri. Tämä suomalainen malli hoitokokouksista, jolla on saavutettu hyviä hoitotuloksia, on herättänyt kiinnostusta myös muissa Pohjoismaissa. (Aaltonen – Rinne 1999, 63 – 65.) Ala - Aho on tutkinut omaisen kokemuksia yhteistyöneuvotteluista. Tutkimuksen mukaan omaiset olivat kokeneet voimakkaita tunteita yhteistyöneuvotteluissa, he kokivat että erityisesti alkuaikojen neuvottelut vaikuttivat suuresti yhteistyön rakentumiseen. Omaisilla oli tutkimuksen mukaan halu tehdä kokonaisvaltaista yhteistyötä neuvotteluun osallistuvien henkilöiden kanssa, he toivoivat tasavertaista kohtaamista. (Ala - Aho 2000, 32-38.)

Sosiaalinen verkosto tukee sosiaalista selviytymistä ja se taas vuorostaan auttaa pitämään sosiaalisen verkoston koossa eli verkostokeskeinen työ antaa mahdollisuuden paljon laajempaan ongelmien kohtaamiseen. Se myös helpottaa yhteisen hoitolinjan löytymistä eri toimijoiden välillä. (Punkanen 2001, 82 -83.) Osastolla 4 toteutus on verkostopalaveri-tyyppinen, jossa sairastuneen ja osaston hoitohenkilökunnan lisäksi mukana on yleensä omaisia sekä muita mahdollisia tahoja esimerkiksi potilaan työpaikalta, sosiaalipuolen henkilöstöä sekä mahdollisesti potilaalle tuttuja avohoidon yhteyshenkilöitä. Tällöin asiakkaan ongelmat ja haasteet ovatkin laajan ihmissuhdeverkoston mietittävänä, pohdittavana ja toiveessa löytää siten

uusia, luovia ratkaisuja ja sopivia vaihtoehtoja sairastuneen elämäntilanteen parantamiseksi ja tueksi (Työparihaastattelu 2012.)

4.2.3 Toiminnallinen hoito ja fysioterapia osana hoitoprosessia

Toiminnallinen hoito on osa psykiatrisen potilaan yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaista kokonaisuhoitoa. Siinä harjoitellaan käytännön arkielämän kädentaitoja vuorovaikutussuhteessa ohjaajan kanssa. Tavoitteena on tarjota potilaalle vuorovaikutusmahdollisuuksia toiminnan kautta ja samalla kehittää hänen omaa itsenäistä elämän hallintaa (LSHP 2012). Fysioterapian tavoitteena on ihmisten toimintakykyisyyden ylläpitäminen ja edistäminen fysioterapian keinoin. Toiminnassa korostetaan palvelukykyisyyttä, palvelujen laatua, yhteistyökykyä, sekä henkilökunnan ammattitaidon ja erityisosaamisen kehittymistä ja sitä ohjaavat yhteisesti sovitut arvot: asiantuntijuus, ihmiskeskeisyys ja yhteistyökykyisyys. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

Toimintaterapialla tarkoitetaan psykiatrisessa hoidossa kuntoutusta, joka ehkäisee, poistaa ja vähentää sairastuneen psykososiaalisia ja fyysisiä toimintahäiriöitä. Tarkoituksena toimintaterapiassa on parantaa elämänlaatua ja tukea itsenäistä selviytymistä. Konkreettisesti toimintaterapiaa toteutetaan yksilöllisiin lähtökohtiin perustuen, konkreettisella toiminnalla. Toiminta voidaan valita hyödyntäen sitä, mistä psykoosiin sairastunut potilas on aiemmin ollut kiinnostunut ja johon sisältyy aikaisempia mielihyvän ja onnistumisen tunteita. Psykoottisen potilaan toimintaterapian erityisenä lähtökohtana on realiteettien vahvistaminen. (Salo - Chydenius 1992, 111-116.) Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla on toiminnallisen hoidon yksikkö. Yksikössä potilas harjaannuttaa arkielämäänsä liittyviä taitoja yhdessä toiminnallisen hoidon ohjaajan kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2012.)

Fysioterapiaa käytetään psykiatrisessa hoidossa kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistämiseen. Fysioterapian tavoitteena psykiatrisen hoidon osana voi olla esimerkiksi rentouttaminen, kehonkuvan eheyttäminen sekä

itsetuntemuksen harjaannuttaminen. (ESSHP 2012.) Fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapeutti arvioi asiakkaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristössään käyttäen terveyttä ja toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa, terapeuttista harjoittelua, manuaalista ja fysikaalista terapiaa apuvälinepalveluita tarvittaessa hyväksi käyttäen. (Suomen fysioterapeutit 2012.) Osastolla 4 käytetäänkin fysioterapeutteja ja liikunnanohjaajia sekä yksilö- että ryhmämuotoiseen toimintaan; on yksilö- ja pienryhmärentoutusta sekä sisä- ja ulkoliikuntamuotoja. (Työparihaastattelu 2012.)

4.2.4 Lääkehoito

Lääkehoito on psykoosisairauksien hoidon tärkeimpiä tekijöitä ja sen onnistuminen ensiarvoisen tärkeää niin sairaalassa olo aikana, kun myös sairaalalomilla sekä kotiutumisen jälkeen. Lääkkeen vaikutuksen ja seuranta on hoitohenkilökunnan lisäksi myös sen onnistumisen kannalta niin sairaan itsensä kuin myös omaisten yhteinen tehtävä. Sivuvaikutukset ja niiden huomioiminen, lääkeannoksen muuttaminen sopivaksi usein kokeilun kautta on aikaa vievää ja pitkäjänteistä työtä, joka tapahtuu potilaan parhaaksi. Kilkun tutkimuksen mukaan myös omaiset tarvitsevat ja haluavat enemmän tietoa potilaan lääkityksistä ja siitä mahdollisesti aiheutuvista sivuoireista (Kilku 2008, 131.) Samansuuntaisia vastauksia on omaisille suunnatussa tutkimuksessaan saaneet myös Raudaskoski kumppaneineen. Heidän kyselytutkimukseensa vastanneista omaisista jopa puolet kokivat jääneensä ilman riittävää tietoa lääkehoidosta. (Raudaskoski – Vesakoivu – Viinanen 2012, 17.)

Lääkehoitona psykoottisten sairauksien hoidossa käytetään antipsykoottisia lääkkeitä. Lääkkeet voidaan annostella tablettina tai liuksena oralisesti, mitkä ovat tavallisimpia tapoja osastohoidossa olevilla. Joskus potilaalle voidaan myös antaa lääkehoito depot -injektiona. Syynä tähän on esimerkiksi potilaan muistamattomuus tai huonokuntoisuus, jolloin suun kautta otettava

lääke jää usein ottamatta. Injektiolääkkeen vaikutusaika on pitkä, jopa neljä viikkoa. Pitkän puoliintumisajan takia pitkävaikutteiset perinteiset injektiot saavuttavat lopullisen vaikuttavuutensa reilun kahden kuukauden kuluttua. (Huttunen 2004, 64-66.) Antipsykootteja on olemassa niin kutsutut vanhan polven antipsykootit sekä uuden polven antipsykootit. Perinteiset antipsykootit vaikuttavat pääsääntöisesti estäen dopamiinin vapautumista aivoissa ja vaikuttavat näin antipsykoottisesti. (Cullberg 2005, 318-319.) Uuden polven antipsykoottisten lääkkeiden vaikutus perustuu eräiden serotoniinireseptoreiden salpaukseen dopamiinireseptoreiden salpaajien lisäksi ja aiheuttavatkin vähemmän ja erityyppisiä haittavaikutuksia kuin perinteiset antipsykootit (Lepola 2002, 254).

Antipsykoteilla on nopea ja hidas hoitovaikutus. Nopea vaikutus ilmenee antipsykoottien hoidossa noin viikossa, pitkään sairastaneella kuukauden kuluttua. Hitaammin 2-25 viikossa, lääke vaikuttaa ahdistuneisuuteen ja unettomuuteen, pelokkuuteen ja hajanaisuuteen. Antipsykootin annosta nostetaan rauhallisesti, sillä nopeatkin vaikutukset näkyvät vasta 1-4 viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta. (Huttunen 2004, 56 - Lepola ym. 2002, 252.)

Perinteisten antipsykoottien tunnetuimpia haittavaikutuksia ovat ekstrapyramidaalioireet (parkinsonismioirekuva, akuutti dystonia, motorinen levottomuus), väsymys, antikolinergiset oireet (mm. suun kuivuminen, näön hämärtyminen ja ummetus), seksuaalisuuteen liittyvät toimintahäiriöt (impotenssi, haluttomuus), painon nousu, maidon erityys ja kuukautishäiriöt. (Huttunen 2004, 67-75.) Neurologiset sivuvaikutukset korostuvat, kun potilas käyttää korkeaa lääkeannosta tai pistoshoitoa. Pitkäaikaishoidossa tardiivi dyskinesia kehittyy jopa 5-30% potilaista ja voi jäädä pysyväksi, vaikka lääke lopetaan kokonaan. (Lepola 2002, 253).

Uudentyyppisten eli ”atyyppisten” antipsykoottien tunnetuimpia haittavaikutuksia ovat painonnousu, väsymys ja sydämentykytys. Atyyppisistä antipsykoteista klotapiinilla on myös joissain tapauksissa toksinen luuydin

reaktio, joka aiheuttaa valkosolujen vähenemistä. (Cullberg 2005, 319-320.) Pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä on harvinainen ilmiö, joka on totuttu yhdistämään vanhojen pienianoksisten neuroleptien käyttöön. Sitä esiintyy kuitenkin harvinaisempana myös uudempien, epätyypillisten neuroleptien käytön yhteydessä. Ilmiön tunnistaminen on tärkeää, koska siihen liittyy 12–20 %:n kuolleisuus. Oireyhtymän syntytapaa ei tunneta, mutta siihen liittyy dopamiinienergisten neuronien vajaatoiminta. (Kiviniemi – Poutanen 2004.)

Antipsykkoottisten lääkkeiden rinnalle tarvitaan joskus samanaikaisesti muita psykielääläkkeitä. Psykielääläkkeistä käytetyimpiä ovat mm. masennus-, mieliala-, ahdistusta lievittävät sekä unta parantavat lääkkeet. Monilääläkitystä on kuitenkin perusteltua välttää niin paljon kuin mahdollista, sillä useamman psykielääläkkeen käyttö lisää ylimääräisiä ongelmia ja hyöty jää vähäiseksi. (Huttunen 2004, 73-75.)

Hoitomyönteisyys ei ole itsestäänselvyys psykoosipotilaiden kohdalla, sillä epämiellyttävät sivuvaikutukset yhdessä sairaudentunnottomuuden kanssa johtavat helposti siihen, että lääke jää ottamatta. Noin puolet potilaista käyttääkin lääkkeitä epäsäännöllisesti, unohtaa tai laiminlyö kokonaan lääkkeen ottamisen. Kuitenkin hoidon ja toipumisen kannalta olisi ensiarvoisen tärkeää, että lääkkeen pitoisuus elimistössä pysyisi tasaisena jolloin välttyttäisiin psykoosin uusiutumiselta. (Huttunen 2004, 65.)

4.2.5 Muut terapeutiset hoitomuodot

Osastolla on 18 potilaspaikkaa, jossa ikäjakauma potilaissa on 18 vuodesta ylöspäin jopa yli 90 vuotiaisiin. Hoidossa olevat ovat sekä miehiä että naisia, heillä on erilainen persoona, sairaus ja elämäntilanne. (Työparihaastattelu 2012.) Osaston potilaat muodostavat yhteisön ja siinä voidaan toteuttaa yhteistöhoitoa. Yhteistöhoito tarkoittaa läheistä intensiivisesti elävää yhteistöä, jossa keskitytään yhteisön tapahtumien ja vuorovaikutuksen analysointiin. Tässä hoitomuodossa potilas on hoidon aktiivinen osallistuja, sillä perustana

on ihmiskäsitys, jossa ihminen elää ja kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Punkanen 2006,61.) Terapeuttisella yhteisöllä tarkoitetaan osastoa, jossa yhdessä asuminen toteutuu ja jossa hyödynnetään tietoisesti ja ammatillisesti pyrkimystä inhimillisyyteen ja tasa-arvoon eli keskeinen näkemys on asukasdemokratia, ryhmätoiminnot, omaissuhteiden kehittäminen sekä ryhmätyö. Se tähtääkin potilaan itsemääräämisoikeuden lisäämiseen, hoitavan yksikön sekä perheen ja muun sosiaalisen verkoston voimien hyödyntämiseen (Lepola ym. 2002, 273). Osastolla yhteisöllistä hoitoa hyödynnetään esimerkiksi siten, että potilaat yhdessä huolehtivat siitä, että paikat pysyvät siistinä ja pareittain huolehtivat vuorollaan kahvin keitosta sovituina aikoina, sekä ohjatusti iltapalan laitosta koko osaston potilaille. Näissä tilanteissa ohjaamassa on tarpeen mukaan riittävä määrä osaston hoitohenkilökuntaa. (Työparihaastattelu 2012.)

Omahoitaja -työskentelyn lisäksi hoitomuotona käytetään erilaisia terapioita. Terapia on ihmissuhde, joka mahdollistaa häiriintymisen turvallisen kohtaamisen, käsittelyn ja toipumisen. Sen avulla voidaan eheyttää ja mitä aikaisemmin apu tulee eli ennen kriisin muuttumista sisäistyneeksi, sitä korjaavampaa apu on. (Karjalainen – Kukkonen 2005, 232 – 233). Terapioita on olemassa hyvinkin erilaisia ja jokainen niistä vaatii käyttäjältään erikoiskoulutuksen. Jos käyttäjällä eli työntekijällä ei ole erityistä koulutusta tiettyyn käytettävään terapiamuotoon, voidaan puhua tukea antavasta eli supportiivisesta hoitotyöstä. Psykiatrisessa hoitotyössä yleisemmin käytettyjä terapiamuotoja ovat yksilöterapia, yhteisöhoito, psykoedukaatio, perheinterventio, lapset puheeksi-malli, psykoterapia sekä verkostoterapia. (Punkanen 2001, 76 – 77.) Potilaan elämäntilanne ja sairaus huomioiden valitaan juuri hänen tilanteeseensa parhaiten sopivat työvälineet. Potilaan kohdalla työvälineitä voidaan myös muuttaa hoidon jatkuessa, sillä hoidon alkaessa tarpeet ja toisaalta potilaan kyvyt eivät välttämättä ole selkeät. (Työparihaastattelu 2012.)

Yksilöpsykoterapia on tukea antavaa, käytännönläheistä, usein arkisiin ongelmiin ja sairauden seuraamuksiin paneutuvaa pitkän aikavälin tukea. Terapian jatkuvuus luo turvaa jokapäiväiseen elämään. Psykoterapialla tarkoitetaan tietoista yritystä vaikuttaa psykologisin keinoin ja

vuorovaikutuksellisesti oirehtivaan henkilöön (Lepola ym. 2002, 264). Myös Punkasen mukaan psykoterapia on menetelmä, jolla hoidetaan mielen-terveyden häiriöitä ja kriisejä. Sitä sovelletaan potilaan ja terapiakoulutuksen saaneen hoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Psykoterapeuttisia menetelmiä on useita ja niissä terapeutti ja potilas voivat joko työskennellä kahdestaan, ryhmässä tai useammankin lähiyhteisön (osasto/perhe) jäsenen kanssa yhdessä. (Punkanen 2001, 76 – 77.) Psykoterapian tarkoituksena on olla joustavaa, sen tulisi vähentää ahdistuneisuutta sekä turhautumisen muodostusta. Lisäksi on huomioitava sairauden vaihe; kriisivaiheessa tarvitaan enemmän ja tiheämmin tapaamisia kuin vähäoireisessa vaiheessa. (Lepola ym. 2002, 51.)

Perhekeskeinen psykoedukaatio eli koulutuksellinen perhetyö on kliininen opetustekniikka, tarkoituksena on antaa opetusta psykoottisen sairauden luonteesta ja mahdollisesta kulusta, tarjolla olevista hoitovaihtoehtoista sekä terveydenhuollon ja kunnallisten palveluiden tarjoamista mahdollisuuksista. (Johansson 2007, 18.) Myös Lepolan mukaan psykoedukaatio eli potilasopetus on toimintamuoto, jossa hoitohenkilökunta ohjaa ja neuvoo potilasta sairauteen liittyvissä ongelmissa, tukee sosiaalisten taitojen harjoittelua sekä oireidenhallintaa. (Lepola ym. 2002, 51.) Siinä painotetaan työskentelyä psyykkisesti sairaan ja perheenjäsenten kanssa siten, että sairauden aiheuttama kuormittavuus, hämmennys, tietämättömyys ja tarpeeton syyttely vähenisivät. Tämä lähestymistapa korostaa perheenjäsenten omien kykyjen ja voimavarojen merkitystä. psykoedukaatiossa pyritään jakamaan sairauden oireisiin, etiologiaan, hoitoon ja kulkuun liittyvää tietoa, jotta potilaan toipuminen edistyisi ja myös perheen stressi vähenisi. Siinä otetaan huomioon mm. potilaan ja hänen perheensä koulutus-, kokemus- ja kulttuurinen tausta sekä sairauteen liittyvät kunkin henkilön omakohtaiset kokemukset. (Salokangas ym. 2002, 58.) Kuipersin mukaan perheiden sitoutuminen perhetyöhön voi olla hankalaa, aluksi siitä voidaan jopa kokonaan kieltäytyä. Työskentely kannattaa aloittaa vaikka kaikki perheenjäsenet eivät osallistuisikaan alusta asti, vaan tulevat mukaan ehkä matkan varrelta. Se että terapeutti muistuttaa muutoksien

tapahtuvan hitaasti, auttaa pitämään perheen mukana. (Kuipers - Leff – Lam 1998, 13.) Esimerkiksi Budd ja Hughes ovat tutkineet sitä, millä tavalla omaiset kokevat hyötyvänsä psykoedukaatiosta. Omaiset olivat kokeneet psykoedukaation lisänneen heidän tietouttaan sairaudesta ja antaneen emotionaalista sekä sosiaalista tukea. Myös ymmärrys ja sietokyky sairastuneen omaisen ongelmia kohtaan oli lisääntynyt, koska ne on käsitetty sairaudesta johtu-vaksi. (Budd – Hughes 1997, 343 – 344.)

Mikäli sairastunut on perustanut jo oman perheen ja hänellä on lapsia, on aikuisten läheisten lisäksi huomioitava myös sairastuneen lapset. Yksi osastolla paljon käytetty työkalu perhetyöskentelyssä on Beardsleen perhe-interventio. Perheinterventioita osastolla vetävät ovat siihen erikseen koulu-tuksen käyneitä hoitajia, jotka hallitsevat tekniikan ja sen periaatteet. Perheintervention tapaamisissa toimeksiantaja-osastollamme mukana on aina kaksi koulutettua hoitajaa, jotka toimivat työparina. (Työparihaastattelu 2012.) Perheintervention tarkoituksena on pidemmällä aikatahtäimellä pysäyttää vakavien mielenterveyshäiriöiden siirtyminen sukupolvelta toiselle. Perheinterventiossa pyritään vahvistamaan lapsen suojaavia tekijöitä, kun toinen tai molemmat vanhemmista sairastuvat psyykkisesti. Sillä vahvistetaan vanhemman ja lapsen suhdetta, autetaan ymmärtämään sairautta ja sen merkitystä perheelle. Perheinterventiossa tapaamisia on 6-8 kertaa ja se ete-nee tietyn kaavan mukaan. Perheintervention vetäjä tapaa ensin perheen vanhemmat ilman lapsia, seuraavassa vaiheessa lapset yksitellen ilman vanhempia, sitten koko perheen yhdessä ja lopuksi vielä vanhemmat erikseen. Tapaamisissa käsitellään lapsen kokemia asioita vanhemman sairaudesta, on tarkoitus että vanhemmuuden tukemiseksi sairastunut itse kertoo lapselle asioista. (Johansson 2009, 41-43.)

Toinen lapsiperheet huomioiva työmenetelmä osastolla on lapset puheeksi – työmalli. Se kuuluu työmenetelmäperheeseen, joka on osa Stakesin Toimiva lapsi & perhe - hanketta. Se tähtää vanhemmuuden ja lasten kehityksen tukemiseen ja kuuluu terveyden edistämisen (promootion) ja häiriöiden ehkäisemisen (prevention) piiriin. Promotiivisen työn lähtökohta on suojaavien tekijöiden, vahvuuksien ja mahdollisuuksien tukeminen. Keskus-

telussa lasten ja perheen haavoittuvuudet otetaan esille avoimesti, mutta rakentavasti eli tarkoituksena on auttaa vanhempia rakentamaan strategiat sekä vahvuuksien tukemiseen että haavoittuvuuksissa auttamiseen. Tämän menetelmän yhtenä kantavana ajatuksena on sekä lapsen että vanhemman tilanteen ymmärtäminen ja ymmärryksestä lähtevä toiminta, joten työntekijällä tulee olla tietoa ja kykyä samaistua molempien tilanteeseen. (Solantaus 2006.)

4.3. Hoidon arviointi ja jatkohoito

Hoitojakso päätetään yleensä suunnitellusti ja yhdessä hoitohenkilökunnan, omaisten sekä potilaan kanssa. Lähtökohtana tällöin on ajatus siitä, että hoitojakson jatkuminen ei enempää edesauta potilaan toipumista, vaan on aika lähteä kokeilemaan itsenäistä elämää joko omassa kodissa taikka tuetun asumisen muodossa esimerkiksi ryhmäkodissa. (Työparihaastattelu 2012.) Avohoitokontakteja järjestetään ensisijaisesti mielenterveystoimistossa, jonka alaisuuteen kuuluvat päiväosastot, kuntoutuskodit ja päivätoimintakeskukset. Lisäksi potilailla on mahdollisuus saada hoitoa ja tukea sairaanhoitopiirien lapsi-, nuoriso- tai yleissairaalapsykiatrisilla poliklinikoilla. Ne antavat myös konsultaatio- ja tutkimusapua muille yksiköille (Punkanen 2001, 26-27).

Potilaan sairaalahoidon päättyessä on moniammatillisesti yhdessä omaisten ja potilaan kanssa suunniteltu jatkotoimenpiteitä, jotta arki ja siihen palaaminen sujuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Tukitoimia järjestetään mm. kunnan, sairaanhoitopiirin ja kolmannen sektorin kanssa yhdessä joko mielenterveystoimistossa, sairaanhoitopiirin poliklinikalla tai mahdollisesti asiakkaan kotona. Mukana voivat näissä tapaamisissa olla asiakkaan lisäksi omaiset, hoitohenkilökuntaa sairaalasta, sosiaalipuolelta sekä avopuolelta. Sairaalakuntoutusjaksoja voidaan sopia etukäteen, jolloin asiakas tulee elektiivisesti yleensä viikon mittaiselle jaksolle sairaalaan. Myös erilaiset suojatyön ja asumisvalmennuksen ja toiminnallisen kuntoutuksen mahdollisuudet ja tarve kartoitetaan ennen varsinaista hoitojakson päättymistä. (Työparihaastattelu 2012.)

5 OMAISEN TUNNEPROSESSI JA SELVIYTYMINEN

5.1 Kun läheinen sairastuu – omaisen prosessi

Läheisen sairastuessa omaiset ja läheiset käyvät läpi henkilökohtaisen kokemuksen, jota voidaan selittää prosessilla. Omaisten ja läheisten läpikäymä prosessi muistuttaa sairastuneen kuntoutumisprosessia, se sisältää erilaisia vaiheita. Prosessin vaiheet ovat; kieltäminen, masennus, ahdistus, viha, hyväksyminen sekä selviytymiskeinojen löytäminen. (Koskisu 2003, 126-127.) Tunneprosessiin vaikuttaa osaltaan myös se, miten sairastunut on päätenyt hoitoon, mitä dramaattisempi hoitoon päätenisen tilanne on, sitä voimakkaampia tunteita se usein läheisissä herättää. (Koskisu – Kulola 2005, 37-38.) Prosessiin vaikuttaa myös se, missä suhteessa läheinen sairastuneeseen on, puolison sairastuminen herättää erilaisia tunteita kuin esimerkiksi lapsen sairastuminen (Åsted-Kurki ym 2008, 44; Cullberg 2005, 361.)

Lapsen sairastuessa psyykkisesti vanhemman tunneprosessi kohdentuu erityisesti vanhemmuuden kokemuksiin ja tunteisiin. Vanhemman tunteet lapsen sairastuessa ilmenevät usein suruna, pelkona lapsen menettämisestä, masennuksena, epävarmuutena ja väsymisenä. (Åsted-Kurki ym. 2008, 44.) Tunteisiin vaikuttaa myös esimerkiksi terveydenhuolto henkilöstön esittämät kysymykset sairastuneen lapsuuden kokemuksiin liittyen, ne voidaan kokea loukkaavina ja vihjailevina siitä, että vanhempi olisi osallinen lapsen sairastumiseen. (Korkeila ym 2011, 43-44.) Myös huoli lapsen itsenäisestä selviytymisestä voi olla vanhemman mielessä, minkälainen tulevaisuus on sairastuneella lapsella ja kuka hänestä huolehtii vanhempien kuoltua (Arhovaara – Rinne, 60). Vanhemman oma sosiaalinen kanssakäyminen voi heikentyä prosessin aikana, siksi että voimat eivät riitä ja toisaalta myös häpeä lapsen sairastumisesta voi saada välttelemään sosiaalisia kontakteja. Vanhempi voi myös unohtaa oman elämänsä ja kaikki liikenevä aika käytetään sairastuneesta lapsesta huolehtimiseen, vaikka lapsi olisi jo aikuinen. (Cullberg 2005, 361 - 362.) Vaikka aikuinen sairastunut lapsi voi olla perheelleen taakka, vanhemmat voivat tarvita tukea irtaantuakseen

psykkisesti sairastuneesta aikuisesta lapsesta. Ratkaisu ei välttämättä ole perheelle helppo, mutta auttaa perheen jaksamisessa ja sairastunutta kuntoutumisessa. Aikuisen lapsen saattaminen itsenäiseen elämään sairaalahoidon jälkeen, esimerkiksi tuettuun asumiseen voi herättää vanhemmissa monenlaisia tunteita; se voi tuntua hylkäämiseltä ja ylivoimaiselta tehtävältä. (Sariola–Ojanen 2000, 257 - 259.)

Puolison sairastuminen psykoosiin tuo muutoksia arkeen, parisuhteeseen ja perheen toimintaan. Puolison ennakko-oireita ei välttämättä osata tunnistaa sairaudesta johtuvaksi, vaikka ne vaikuttavat sairastuvan käytökseen ja parisuhteeseen. Muutokset voidaan selittää stressillä tai muilla syillä. (Koskisuu–Kulola 2005, 26-30.) Puolisoiden väliseen suhteeseen voi tulla seksuaalielämän ongelmia, varautuneisuutta, puhumattomuutta ja etäisyyttä. Sairastuneen toimintakyvyn lasku kuormittaa puolisoa, hän joutuu ottamaan suuremman toimintavastuun perheen arjesta ja parisuhteen hoidosta. (Arhovaara–Rinne - Heiskanen 1989, 62-63.) Kun sairastunut puoliso joutuu psykiatriseen sairaalahoitoon, on se toisaalta helpotus. Samalla kuitenkin koetaan järkytystä ja omien tunteiden käsitteleminen voi jäädä syrjään, on huolehdittava mahdollisesti lapsista ja arkiasioista. Myös häpeä ja yritys salata puolison psyykkinen sairastuminen kuormittaa, välttämättä asiasta ei haluta kertoa edes omille vanhemmille tai lapsille. Tällä halutaan välttää muita huolestumasta ja lapsille ei ehkä osata kertoa asiasta. Myös esimerkiksi taloudellinen selviytyminen voi olla koetuksella puolison sairastuttua. Mikäli sairastunut on ollut työssä, laskee töistä pois jäänti perheen tuloja ja tätä kautta hankaloittaa elämää. Rahallisen avun hakeminen esimerkiksi sosiaalitoimistosta voidaan kokea nöyryyttävänä. (Koskisuu–Kulola 2005, 37 - 49, 84 - 87.)

Sisaruksen sairastuminen psykoosiin vaikuttaa myös elämään, vanhempien ollessa kykenemättömiä auttamaan tai ikääntyessä sisarus voi ottaa hoivaajan roolin sairastunutta kohtaan. Sisarus voi myös pohtia onko myös hänellä geenit sairauteen ja voiko hän itse sairastua. (Hackman–Dixon 2008.) Yhdysvalloissa sisaruksille toteutetun tutkimuksen mukaan sisaruksien eniten sairastunutta kohtaan esiintyneitä tuntemuksia olivat

rakkaus, suru, viha, kateus, syyllisyys ja häpeä. Vihaa voitiin tuntea esimerkiksi sairastuneen negatiivisesta käyttäytymisestä vanhempia kohtaan. Syyllisyyden tunteet puolestaan oli liitetty tutkimuksessa siihen, että sairastuneen sisarus oli itse terve. (Stålberg – Ekerwald – Hultman 2004.)

Kun sairastuneella on lapsia, on vanhemman sairastuminen psyykkisesti lapselle myös hämmentävä ja pelottavakin kokemus. Kokemus vanhemman sairastumisesta ja siihen liittyvät ajatukset ja tunteet vaikuttavat koko lapsen elämään. Siinä missä esimerkiksi puoliso tai vanhempi voi kokea häpeää sairastuneesta lähimmäisestä, kokee sitä myös sairastuneen lapset. Vanhemman sairastuessa psyykkisesti voi lapsen sosiaaliset kontaktit vähentyä, oudosti käyttäytyvää vanhempaa hävetään niin, että kanssa käyminen kavereiden kanssa voi vähentyä. (Cullberg 2005, 363-364.) Suutala on tutkinut jo aikuisikäisiä, joiden vanhempi on sairastunut psyykkisesti haastateltujen ollessa lapsia. Tutkimuksessa on tutkittu esimerkiksi sitä, minkälaisia tunteita vanhemman sairastuminen on herättänyt lapsuudessa. Vastauksissa esille nousseita tunteita vanhemman psyykkisestä sairaudesta olivat olleet esimerkiksi pelko, hämmennys ja vanhemman tuomitseminen. Vanhemman sairaudesta vastaajille aiheutuneita psyykkisiä oireita olivat olleet esimerkiksi paniikkikohtaukset, masentuneisuus, itsetunnon häiriöt ja pelkotilat. (Suutala 2011, 40 - 46.)

5.2 Vertaistuki

Vertaistuellla tarkoitetaan ryhmää, jossa samankaltaisen kokemuksen läpikäyneet ihmiset kokoontuvat keskustelemaan eli vaihtamaan ajatuksia ja kokemuksia säännöllisin väliajoin. Se on vastavuoroista ja tukea antavaa samankaltaisten ongelmien kanssa elävien ihmisten kokemustenvaihtoa, jossa jokainen tulee hyväksytyksi ja kuulluksi tasavertaisesti. On olemassa myös ryhmiä, jotka ovat ammatillisesti ohjattuja, kun yleensä ryhmään ei kuulu ammattihenkilöstöä. (THL 2012.) Vertaistuen tarve siis perustuu ihmisen tarpeeseen saada ja antaa tukea, vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. Se mahdollistaa oman elämän ja voimavarojen

puntaroinnin, miten läheisen sairastuminen ja sen kanssa jaksaminen on samanlaista tai erilaista kuin jollain toisella henkilöllä, joka on vastaavassa tilanteessa. (Kukkurainen 2007.) Omaisryhmät tarvitsevat sekä rakenteen että jatkuvaa kontrollia pystyäkseen ratkaisemaan ongelmia ja käsittelemään tunteita. Näissä ryhmissä toimivien terapeuttien pitäisi kyetä tarjoamaan lämmin ja positiivinen ilmapiiri. Myös toiminta aktiivisen osanoton saamiseksi on tärkeää. Ryhmä aloittaa yleensä käytännön asioiden käsittelystä ja jatkaa myöhemmin tunnepitoisten ongelmien käsittelyä. (Kuipers ym. 1998, 146.) Hyppänen on tutkinut vertaistukiryhmään osallistuneiden omaisten kokemuksia. Tutkimusten tuloksista käy ilmi, että ryhmään osallistuneet kokevat saaneensa hyötyä vertaistuesta. Tutkimuksessa esille tulleita hyötyjä vertaistukiryhmään osallistumisesta olivat; asioista puhumisen helpottuminen, itsetunnon ja rohkeuden kasvaminen, arjen hallinnan kehittyminen ja syyllisyyden tunnon väheneminen. Kaiken kaikkiaan ryhmään osallistuminen oli koettu myönteisenä ja hyödyllisenä kokemuksena. (Hyppänen 2012, 35 - 39.) Myös Männikkö ym. on tutkimuksessaan omaisten vertaistuesta saanut samansuuntaisia tuloksia, vertaistuki koettiin rohkaisevana, voimia antavana ja arjessa kannattelevana. Vertaistuki oli koettu myös henkisenä tukena ja tiedonsaannin lähteenä. (Männikkö–Koponen–Jähi 2011, 33.) Palomäki puolestaan on tutkinut erityisesti ikääntyneiden omaisten hyötyjä vertaistukiryhmästä, kun läheinen on sairastunut psyykkisesti. Myös ikääntynyt omainen oli saanut samanlaiset hyödyt, kuin muutkin omaiset tutkimusten mukaan. (Palomäki 2005, 43.)

Lähes jokaisessa Lapin läänin kunnassa toimii omaistukiryhmä tai mielenterveysyhdistys, joiden yhteystietoja saa kunnan tai kaupungin virastosta. Lisäksi osastolta 4 löytyy esitteitä ryhmien toiminnasta (Työparihaastattelu 2012). Mielenterveyden keskusliiton sivuilta löytyy myös sen alaisuudessa toimivien mielenterveys yhdistysten yhteystiedot, nämä yhdistykset järjestävät myös vertaistukiryhmiä psyykkisesti sairastuneiden omaisille (Mielenterveyden keskusliitto 2012). Myös Hyvän Mielen Talo järjestää omaisille suunnattuja tukiryhmiä Lapin alueella, paikkakuntaakohtaiset ryhmätiedot löytyvät yhdistyksen internetsivuilta. Yhdistys järjestää myös puhelintukea omaisille puhelinringissä, jossa hän pääsee anonyymisti keskus-

telemaan muiden omaisten kanssa kokemuksistaan. (Hyvän Mielen Talo 2012.) Vuonna 2007 Lapin alueella tehdyn tutkimuksen mukaan sairastuneen läheiset toivoivat saavansa enemmän tietoa omaisille suunnatuista vertaistukiryhmistä, tutkimuksen teko hetkellä tietoa oli tarjottu niukasti vastaajille (Mertaniemi–Pakanen–Sorvali 2007, 54).

5.3 Taloudelliset tukipalvelut

Pitkäaikaisen ja vakavan sairastumisen vaikutus taloudellisesta näkökulmasta katsottuna on perheelle merkittävä. Erityisesti puolison sairastuessa laskevat perheen tulot usein, sillä erilaiset tuet ovat usein palkkatuloa pienemmät. Perheen taloudellinen tilanne voi olla hyvin vaihteleva sairastumisen yllättäessä, sairastumiseen ei yleensä ole osattu varautua eikä elämää ole suunniteltu taloudellisesti sairastumisen varalle. Mikäli perhe ei ole aikaisemmin tottunut käyttämään esimerkiksi sosiaalitoimiston palveluja tai hakemaan kansaneläkelaitokselta tukia, voi uuden tilanteen pakottamana taloudellisen tuen hakeminen olla omaiselle myös häpeällistä. (Koskisuus–Kulola 2005, 85 - 86.) Tutkimusten mukaan sairastuneiden omaiset kaipaavat tietoa siitä, mistä he voivat saada taloudellista tukea. Lapin sairaanhoitopiirin alueella tehdyssä tutkimuksessa omaisista 26 % halusi lisätietoa taloudellisista tukimuodoista. (Mertaniemi – Pakanen–Sorvari 2007, 50.) Myös Honkapuro on tutkimuksessaan saanut samansuuntaisia tuloksia, omaiset ovat kokeneet sekä omien- ja sairastuneen taloudellisten asioiden hoidon ja järjestelyn kuormittavan heitä. (Honkapuro 2010, 26.)

Kansaneläkelaitokselta omainen voi hakea tarvittaessa asumistukea. Asumistukea voi saada pysyvästi samassa taloudessa asuvat henkilöt, mikäli tulot alittavat valtion asetuksessa vuosittain määritellyn perusomavastuuden. Samassa taloudessa asuvaksi lasketaan avio- ja avopuolisot, vanhemmat, lapset, isovanhemmat ja alaikäiset sisarukset riippumatta hoito- ja vuokrasopimuksista. Samassa taloudessa asuvan tilapäinen enintään vuoden kestävä poissaolo esimerkiksi sairaalassa olon vuoksi ei vaikuta asumislisän suuruuteen vähentävästi. (Kansaneläkelaitos 2010.) Myös lääkehoidon

kustannusten korvaus kuuluu Kansaneläkelaitoksen toimialalle. Vaikeat psykoosit ja muut vaikeat mielenterveyden häiriöt kuuluvat Kansaneläkelaitoksen korvattavuusluokituksessa korkeampaan korvattavuusluokkaan, jossa korvattavuus on 100 %. Korvausoikeutta haetaan hakemuksella Kansaneläkelaitokselta, liitteeksi vaaditaan lääkärin kirjoittama B-todistus sairaudesta. (Kansaneläkelaitos 2012.)

Toimeentulotukea voi myös hakea, tuki on harkinnanvarainen ja sitä myönnetään yleisimmin vain kuukaudeksi kerrallaan. Tukea voi saada, mikäli perheen tulot eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Kunta voi myöntää tukea myös ennaltaehkäisevästi esimerkiksi omatoimisen suoriutumisen tukemiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Kunnan sosiaalitoimistosta voi hakea myös täydentävää toimeentulotukea esimerkiksi tapauksissa, joissa pitkäaikainen tai vaikea sairaus aiheuttaa menoja, joiden maksamiseen eivät taloudelliset resurssit riitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Sairastuneen kotiutuessa omainen voi hakea myös omaishoidon tukea, mikäli sairastunut läheinen tarvitsee edelleen alentuneen toimintakyvyn vuoksi hoitoa tai huolenpitoa. Tuki haetaan sairastuneen kotikunnalta, kunta ja omaishoitaja tekevät omaishoidonsopimuksen ja laativat hoito- ja palvelusuunnitelman. Omaishoidon tukeen sisältyy hoidettavalle omaishoito, hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä omaishoitajan vapaiksi annettavat palvelut. Omaishoitaja puolestaan saa hoitopalkkion, vapaat, eläke- ja tapaturmavakuutuksen sekä sosiaalipalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

6 SINULLE, JONKA LÄHEINEN ON SAIRASTUNUT PSYKOOSIIN-OPAS

6.1 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyöprosessimme alkoi kokonaisuudessaan jo joulukuussa 2011, jolloin toinen meistä tekijöistä oli harjoittelussa toimeksiantaja osastolla. Hänellä heräsi mielenkiinto psykoosien hoitoon harjoittelun aikana ja halu tehdä psykoosien hoitoon liittyvä opinnäytetyö. Hän kävi toimeksiantajan edustajan kanssa keskusteluja siitä, olisiko heillä tarvetta esimerkiksi tutkimukselle. Toimeksiantajan kanssa keskusteluissa päädyttiin aiheeseen, jossa suoritettaisiin teemahaastatteluna tutkimus ensipsykoosipotilaiden omaisille omaisten tukemisen näkökulmasta. Harjoittelun jälkeen opiskeluryhmämme kokoontui koululle vuoden 2012 alussa, jolloin päädyimme siihen, että opinnäytetyötä lähdetäisiinkin tekemään yhdessä. Hyväksytimme muutoksen toimeksiantajalla, sillä työelämälähtöisessä opinnäytetyössä on tärkeää toimia tiiviissä yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

Yhdessä lähdimme hahmottelemaan opinnäytetyön ideaa, joka alun alkaen oli tutkimus. Kehittelimme ideaa ja esitimme idean seminaarissa keväällä 2012. Esitysseminaarin arvioinnissa ja keskustelussa nousi esille tutkimuksen toteuttamisen iso ongelma, tutkimus vaatisi Eettisen lautakunnan luvan. Luvan hakeminen voisi kestää kauan, eikä sen saamisesta ollut taikuita. Koululta esitettiin vaihtoehtoksi muuttaa työn aihe tutkimuksesta oppaan tekemiseen. Äkkiä muuttunut opinnäytetyömme muoto vaati meiltä jonkin verran sulattelua, mutta lopulta koimme että olisimme valmiita tarttumaan haasteeseen ja tekemään oppaan. Otimme yhteyttä toimeksiantajan edustajaan kysyäksimme mitä mieltä hän olisi siitä, että tutkimuksen sijaan tuottaisimmekin ensipsykoosipotilaiden omaisille suunnatun oppaan osastolle. Toimeksiantajan edustaja koki ehdotuksemme hyväksi ja hän hyväksyi aiheen muutoksen.

Syy siihen että emme esittäneet ideaa uudestaan oli aihepiirin ja toimeksiantajan pysyminen samana, myös lähdeaineisto pysyi samana muodonmuutoksesta huolimatta. Suunnitelmaa tehdessämme kartutimme jo runsaasti teoria-aineistoa psykoosisairauksista ja omaisten tukemisesta. Lähdimme myös tutustumaan tarkemmin siihen, mitä toiminnallinen opinnäytetyö pitää sisällään. Opinnäytetyön suunnitelmamme esitimme toukokuussa 2012.

Aloitimme opinnäytetyön kirjoittamisen syksyllä 2012. Kesällä luimme kuitenkin jonkin verran teorian tietoa ja keskustelimme myös keskenään projektista. Toinen meistä oli toimeksiantajalla töissä, joten hän myös hieman kartoitti työn ohella esiin nousevia tarpeita omaisten tukemisessa sekä hoitohenkilökunnan ajatuksia asiasta. Pohdimme myös sitä seikkaa, kuinka tulisimme syksyllä tekemään käytännössä kirjoitustyötä, sillä asumme eri paikkakunnilla. Päädyimme siihen, että käymme puhelimitse keskusteluja, yritämme järjestää ajoittain tapaamisaikoja myös kasvotusten ja käytämme internetin mahdollisuuksia reaaliaikaiseen keskusteluun sekä sähköpostia.

Syksyllä paneuduimme aiheeseen todenteolla kumpikin tahoillamme ja aloitimme raporttiosuuden kirjoittamista. Toteutimme raportin kirjoittamista kirjoittamalla vuorotellen ja käymällä keskustelua sisällöstä sekä arvioimalla myös välillä hieman kriittisesti sekä omaa, että toisen tuottamaa sisältöä. Teoriatietoa löytyi todella runsaasti ja ajoittain sokaistuimmekin ja työn punainen lanka meinasi mennä hukkaan. Aloimme hieman hahmotella oppaan runkoa, minkälaisia otsikoita siihen voisi tulla ja minkälaista sisältöä niiden alle voitaisiin mahdollisesti kirjoittaa. Hahmottelimme työkirjatyypistä opasrunkoa, johon jäisi omaisille mahdollisuus tehdä omia muistiinpanoja ja personoida opasta juuri oman prosessin mukaan. Ohjaavan opettajan ehdotuksesta kysyimme myös toimeksiantajalta, sopisiko hänelle että saisimme käyttöömmme niin sanotun työparin osaston hoitohenkilökunnasta. Toimeksiantajalta saimme hoitajaparin, jonka tarkoituksena oli auttaa meitä oppaan sisällön rajaamisessa ja kertoa toimeksiantajan tarpeista oppaan suhteen.

Sovimme toimeksiantajan meille osoittaman työparin kanssa keskusteluajan marraskuun alkuun. Tapaamisessa kävimme läpi oppaan muotoa, osastolla toivottiin perinteistä kirjallista opasta, jossa olisi ytimekkäästi asiat. He myös esittivät toiveen saada jo olemassa olevia infolehtisiä sisällytettyä oppaaseen. Oppaasta toivottiin melko lyhyttä, asioiden toivottiin olevan ilmaistu selkeästi eikä liian yksityiskohtaisesti. Saimme myös tietoa osaston käytännöistä aiheeseemme liittyen. Keskustelun pohjalta oppaan muoto muuttui hieman, hylkäsimme ajatuksen työkirja-tyyppisestä oppaasta ja päädyimme toimeksiantajan edustajien esittämään perinteiseen oppaaseen. Valinnalla kunnioitimme toimeksiantajan toivetta ja toisaalta arvelimme perinteisen oppaan tulevan paremmin käyttöön työssä omaisten kanssa, mikäli se koetaan mielekkäämmäksi ja selkeämmäksi käyttää.

Lähdimme työstämään opasta toisaalta tutkimuksien ja ajantasaisen teorian tiedon pohjalta sekä toisaalta toimeksiantajan edustajien toiveiden pohjalta. Samalla työstimme ohessa oppaan tukena olevaa teoriapohjaa ja opinnäytetyönraporttiosiota päämääränämme tehdä samat aiheet sisällään pitävän oppaan ja raportin. Tässä vaiheessa työstimme tippui lopullisesti pois myös sana ”ensipsykoosi”, sillä suuntasimme oppaan koskemaan kaikki osastolla hoidossa olevia ja heidän omaisiaan.

Päätimme lähettää oppaan hahmotelman osastolle luettavaksi melko aikaisessa vaiheessa, noin pari viikkoa tapaamisen jälkeen. Teimme hahmotelman aihealueista, jota oppaassa käsiteltäisiin ja osittain myös tekstiosiota ja lähetimme raakaversion osastolle kommentoitavaksi sähköpostitse. Annoimme osastolle ensimmäisen version kommentoimiseen lyhyen, noin viikon mittaisen ajan. Lyhyt toivomamme kommentointiaika perustui siihen, että kyseessä oli vasta hahmotelma, johon alkuvaiheessa toivoimme jo suuntaa antavia korjaus- ja muutosehdotuksia käsiteltävistä aihealueista. Lisäksi halusimme pysyä siinä aikataulussa, jonka olimme tehneet koko opinnäytetyöllemme eli tammikuussa 2013 työ olisi valmis jätettäväksi esitarkastukseen. Osastolta saadun palautteen mukaisesti

pohdimme oppaan tyyliä ja muokkasimme aihealueita useaan kertaan. Myös ohjaava opettaja antoi neuvoja ja korjausehdotuksia työhön. Joulukuun puolella välissä 2012 laitoimme jälleen osastolle version oppaasta, josta saimme positiivista palautetta.

Oppaalle ei viimeisen kuukauden aikana tapahtunut enää kovinkaan suuria muutoksia, tietoja täydennettiin joiltain osin ja myös ulkoasua pyrittiin muokkaamaan muun muassa kuvittamalla opas valokuvin. Valokuvat pyrimme valitsemaan niin, että ne tukisivat myös visuaalisesti sivun kirjallista sisältöä. Jätimme työn esitarkastukseen tammikuun puolen välin jälkeen 2013, eli suunnitellun aikataulun mukaisesti.

6.2 Oppaan arviointi

Kirjallisuuspohja työssämme perustuu kotimaiseen kirjallisuuteen, joka on pyritty valikoimaan siten että kirjat olisivat ajantasaisia. Kirjallisuuslähteinä työssämme olemme käyttäneet laajasti psykiatrista kirjallisuutta psykoosisairauksiin ja niiden hoitoon sekä omaisten tukemiseen liittyen. Kirjallisuuden valinnassa pyrimme koko prosessin ajan löytämään mahdollisimman tuoretta kirjallisuutta, sillä vanhemmassa kirjallisuudessa oli selkeästi jo vanhentunutta tietoa esimerkiksi psykoosisairauksien hoidosta. Olemme pyrkineet käyttämään koko raportin laajuisesti periaatetta, jonka mukaan varmennamme saman teorian tiedon useammasta kirjasta. Tällä olemme pyrkineet tuomaan luotettavuutta ja lisäksi myös erilaisia näkökulmia työn teoreettiseen viitekehykseen.

Kirjallisuuden lisäksi käytimme runsaasti teoreettisen pohjan luomisessa myös sähköisiä lähteitä. Sähköisten lähteiden käyttämisessä tulee olla tarkka, sillä internetiin on helppo lisätä myös tietoa, joka ei perustu tutkimuksiin eikä ole luotettavaa lähdemateriaalia opinnäytetyöhön. Valikoimme sähköisiä lähteitä julkaisupaikan sekä kirjoittajan mukaan, erityisesti ulkomaisia tutkimuksia hakiessamme koimme haasteelliseksi arvioida lähteen luotettavuutta. Käytimme apuna kotimaisia tutkimuksia ja

niiden lähteitä, tämä auttoi meitä löytämään luotettavia kansainvälisiä tutkimuksia. Näimme kuitenkin tarpeelliseksi kansainvälisen tutkimusaineiston käytön työssämme, jotta saisimme myös tällä tavoin lisää luotettavuutta ja teoreettista laajuutta työhömmme. Kotimainen käyttämämme tutkimusaineisto on pitkälti erilaisina lopputöinä toteutettuja kyselyitä omaisille. Tutkimuksen laadukkuuden arviointi oli kotimaisissa lopputyönä toteutetuissa tutkimuksissa myös verraten haasteellista. Pyrimme kuitenkin tutkimaan otantaa ja tuloksia kriittisesti ja valikoimaan laadukkaalta vaikuttavia tutkimuksia.

Työn eettisyyttä arviomme tutkimustyön eettisten periaatteiden ja terveydenhuoltoalan eettisten periaatteiden mukaisesti. ETENE:n terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat; oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. (ETENE 2001.) Hyvän hoidon periaate toteutuu opinnäyte-työssämme siten, että opas edistää potilaan ja erityisesti hänen omaistensa kokemusta siitä, että heidät hyväksytään ja heitä tuetaan. Opas tukee myös omaisia heidän mahdollisessa surussaan läheisen sairastuttua ja ohjaa myös lisäävun piiriin. Myös ihmisarvon kunnioitusta ja itsemääräämisoikeus on huomioitu osana opinnäytetyötämme, työ edistää omaisten ihmisarvon kunnioituksen näkymistä ja tuo esille myös teoriassa potilaan itsemääräämisoikeutta. Opas on suunnattu kaikille, joiden läheinen on psykoosin vuoksi hoidossa osastolla. Se ei erottele ihmisiä yhteiskunnallisen aseman tai muiden tekijöiden perusteella, täten se edistää ja tukee oikeudenmukaisuutta. Ammatillisuutta ja yhteistyötä edistäviä seikkoja työssä on oman ammatillisuutemme kehittyminen prosessin myötä ja työelämälähtöinen ote työhön. Työ on tehty yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa ja sen tarkoituksena on myös auttaa hoitohenkilökuntaa työssään osastolla.

Tieteellisestä ja tutkimuksellisesta näkökulmasta työtä voidaan myös tarkastella hyvän tieteellisen käytännön näkökulmasta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tutkimuksen tieteellisten vaatimusten

mukainen suunnittelu sekä raportointi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Työmme noudattelee soveltuvien osin tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta, työ on toteutettu Rovaniemen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Työn suunnittelussa on noudatettu ammattikorkeakoulun ohjeita, suunnitelmat on tehty asianmukaisesti ohjeita noudattaen. Myös työn raportointi on tarkoituksenmukaista ja ohjeistusta noudattavaa.

7 POHDINTA

Lähdimme kartoittamaan oppaan tietoperustaa alussa yhden tutkimuksen valossa, perehdyimme Kilkun (2008) tekemään tutkimukseen potilasopetuksesta ensipsykoosipotilaan hoidossa. Pikkuhiljaa tietoperustamme laajeni, löysimme uusia tutkimuksia ja kirjallisuutta psykooseista, niiden hoidosta sekä omaisten tuen tarpeesta läheisen sairastuessa psykoosiin. Saimmekin aikaiseksi varsin kattavan tietoperustan, joka pohjautuu useisiin sekä suomalaisiin, että ulkomaalaisiin tutkimuksiin omaisten tuen tarpeesta sekä siitä minkälaista tietoa juuri omaiset tarvitsevat. Teoriatieto psykoosisairauksista oppaan pohjalle rakentui näiden tutkimuksien pohjalta esiin nousseisiin tarpeisiin. Koska teoreettisen viitekehyksen rajaus työssämme perustuu nimenomaan omaisille tehtyihin tutkimuksiin tiedon tarpeesta, on teoreettinen viitekehys työmme aiheeseen nähden hyvin rajattu ja perusteltu. Ongelmia teoreettisen viitekehyksen luomisessa ja raportin kirjoittamisessa oli aiheen rajaaminen, tietoa psykoosisairauksista ja omaisten tukemisesta oli saatavilla todella runsaasti ja ajoittain sokeuduimme työn aiheen suhteen tiedon runsauden vuoksi. Opinnäytetyömme ohjaajalta saadun palautteen ja ohjauksen ansiosta löysimme kuitenkin työn punaisen langan aina uudestaan ja lopullinen raportti noudattelee aihetta, näkökanta asioiden käsittelyyn on nimenomaan omaisten tukemisen lähtökohdissa. Lisäksi haasteenamme raportin kirjoittamisessa oli se, että me kirjoittajat asumme eri paikkakunnilla. Nykyisin on kuitenkin niin hyvät tietoliikenneyhteydet ja mahdollisuudet toteuttaa etätyöskentelynä parityöskentelyä, että saimme tehtyä työn hyvässä vuorovaikutuksessa keskenämme.

Teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja toisaalta myös toimeksiantajan toiveiden mukaisesti syntyi opas, joka tarjoaa omaisille tietoa ja tukea tilanteessa, jossa läheinen on sairastunut psykoosiin. Teoreettisten lähtökohtien lisäksi tärkeiksi lähtökohdiksi nousivat osaston toiveet ja tarpeet. Tästä lähtökohdasta jouduimme prosessin aikana muokkaamaan omaa näkemystämme oppaan muodosta ja joiltain osin myös sisällöstä. Alkuperäinen halu tehdä hieman uudenlainen opas väistyi toimeksiantaja - osapuolen kanssa tehdyssä yhteistyössä, työkirja–tyylinen opas sai jäädä omiin ajatuksiimme. Oppaasta muotoutui prosessin lopputuloksena selkeä ja tiivis tietopaketti, joka on tehty toivoa ja tietoa antavaksi. Oppaan kieli on suunnitelman mukaisesti kansantajuista, siitä on karsittu pois turha ammattikieli.

Oppaan tuottaminen työelämälähtöisesti oli kasvattava prosessi ja opetti paljon. Prosessin alussa meillä oli lähinnä oma mielikuva siitä, minkälainen olisi hyvä opas sekä kuinka paljon ja missä muodossa tieto tulisi oppaassa olla. Halumme tehdä innovatiivinen ja ehkä hieman uudenlainen opas oli suuri. Tehtävämme työelämälähtöisessä työssä oli kuitenkin ennen kaikkea tuottaa tilaajalle sopiva ja käyttökelpoinen tuote. Työelämälähtöisen opinnäytetyön tekeminen oli siis hyvin kasvattava prosessi, omien visioiden ja halujen lisäksi työn tekeminen kulminoitui nimenomaan tilatun tuotteen tekemiseen. Yhteistyö tilaajaosapuolen kanssa antoi aivan uutta näkökulmaa ammatilliseen kasvuun ja tiedon työstämiseen.

Omaa ammatillista kasvua työ tuki myös kerryttämällä runsaasti tietoa psykiatrisesta hoidosta, hoitoprosessista ja psykoosisairauksista. Luimme paljon erilaista materiaalia prosessin aikana, joka ei kaikki päätynyt osaksi opinnäytetyötämme, joten kasvatettu tietoperusta on vielä suurempi kuin opinnäytetyön raporttiosio. Saimme myös laajasti tietoa omaisten tukemisesta yleiselläkin tasolla, joka on hyvin sovellettavissa jatkossa monenlaisissa työtehtävissä, joissa sairaanhoitajana voi työskennellä. Myös

luotettavan tutkitun tiedon hakeminen vahvistui prosessin myötä, tätä voimme jatkossa hyödyntää myös työelämässä ollessamme.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkeä ja kattava opas psykoosiin sairastuneen henkilön omaisille Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan osasto 4:lle. Lisäksi työhömmme sisältyi kirjallinen raportti, jonka tarkoituksena on kuvata oppaan teoreettiset lähtökohdat ja oppaan kirjoittamisen prosessi. Saavutimme asettamamme tavoitteet opinnäytetyölle sekä oppaan, että raportin osalta. Raporttiosuus on laaja, kattava mutta kuitenkin tarkasti ja harkiten rajattu. Oppaasta tuli tutkittuun tietoon ja toimeksiantajan toiveisiin pohjautuva ytimekäs ja yleissävyltään toivoa antava tietopaketti.

Aiheen valintaan vaikutti toimeksiantajan pyyntö tehdä opas psykoosiin sairastuneen henkilön omaisista ja heidän tiedon tarpeistaan, haluistaan sekä kokemuksistaan hoitoprosessin aikana. Kuitenkin muutimme näkökulmaa niin, että opas olisi juuri hoitohenkilökunnan tarpeiden ja toiveiden mukainen, jotta he voisivat käyttää sitä yhtenä työvälineenä yhteistyössä omaisten kanssa. Tämä antoi siihen mielestämme tieteellisemmän ja ammatillisemman otteen.

Aiheen rajaaminen oli haastavaa ja muokkautui alkuperäisistä suunnitelmista sitä mukaa kun luimme ja tutkimme lisää lähdemateriaalia. Aluksi tuntui, että materiaalia on löydettävissä niukasti, mutta prosessin edetessä löysimme paljon hyvää tutkittua tietoa. Tietoa oli lopulta saatavilla niin runsaasti, että haasteeksi koitui aiheen rajaaminen. Kuitenkin nyt, työn ollessa valmis, olemme tyytyväisiä, että pystyimme keskittymään mielestämme olennaisiin ja tarkoituksenmukaisiin tietoihin niin oppaassa kuin raporttiosuudessakin. Työn teoreettisesta viitekehyksestä tuli hieman aiottua laajempi, mutta näin työ palvelee myös ammatillisesti. Itse projektinhallinta ja toteutus sujuivat hyvässä yhteisymmärryksessä, sillä sovimme aina hyvinkin tarkasti etukäteen molempien työtehtävistä. Se, että olimme eri paikkakunnilla ja fyysiset tapaamiset työn suunnittelun ja prosessoinnin merkeissä jäivät kahteen tai kolmeen kertaan, ei ollut ongelma. Sähköpostin, puhelimen ja internetin

välityksellä kävimme monia hedelmällisiä keskusteluja prosessoidessamme työtämme ja sen etenemistä.

Opinnäytetyön tekemisen aloitimme keväällä 2012, jolloin esitimme sekä ideapaperin että suunnitelman opinnäytetyön aiheesta. Kesällä 2012 meillä molemmilla oli tarkoitus aloitella työtä, mutta tosiasiallisesti se aloitettiin vasta syksyllä 2012. Marraskuussa oli työparin tapaaminen, jonka pohjalta aloimme työstämään opas-osiota hyvinkin intensiivisesti. Työskentelimme siis syksyn tiiviisti tavoitteenamme saada se valmiiksi heti vuoden 2013 alussa. Työpäiväkirjan pitäminen tuntui riittävältä kuukausitasolla, emmekä siitä sopineet etukäteen. Kuitenkin molemmat olimme tahoillamme pitäneet sitä samalla tavalla.

Työn tekeminen oli mielenkiintoista ja innostavaa, mutta myös haastavaa ja raskasta. Kirjallinen työskentelytapa tämän melkein vuoden kestäneen prosessin aikana tuli tutuksi; lähteet ja niiden kriittinen arviointi, oman ja työparin kirjallisen tuotannon objektiivinen arviointi ja ydinasioihin keskittyminen lisääntyi kokemuksen myötä, samoin kritiikin vastaanottaminen positiivisesti ja rakentavasti. Myös ohjaavan opettajan, osaston työparin sekä kielentarkastajan palaute oli ensi arvoisen tärkeää sekä oppimisen että työn kannalta.

Työmme tarjoaa myös pohjan mahdollisille jatkotutkimuksille, tulevaisuudessa voitaisiin toteuttaa tutkimus, jossa tutkittaisiin sitä, miten työmme on käytännön tasolla ollut käytössä osastolla. Oppaan laadusta voitaisiin tehdä tutkimusta joko omaisille tai hoitohenkilökunnalle tuotetulla kyselyllä siitä, onko opas käytännössä ollut osastolla toimiva ja olisiko siihen mahdollisesti syytä lisätä jotain tai ottaa jotain pois. Nämä ovat seikkoja, jotka selviävät vasta oppaan oltua käytössä jonkun aikaa omaisten tukemisen välineenä osastolla. Myös laajemmin aihetta käsiteltäessä voitaisiin toteuttaa kattavampi tutkimus siitä, miten juuri tällä osastolla omaiset kokevat tulleen huomioiduksi hoidon aikana.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102&p_teos=onn&p_selaus= 19.11.2012.
- Aaltonen, J. – Rinne, R. 1999. Perhe terapiassa. Suomen Mielenterveysseuran Koulutuskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1999.
- Ala-Aho, S. 2000. Omaisena psykiatrisen potilaan yhteistyöneuvotteluissa. Pro Gradu-tutkielma. Oulun yliopisto 2000.
- Alanen, Y. 1993. Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY. Helsinki.
- Arhovaara, S. – Rinne, R. – Heiskanen, T. (toim.) 1989. Omaisen ääni. Suomen mielenterveysseura. Helsinki.
- Buchanan, R. W. 2007. Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia: An Overview. Schizophrenia Bulletin 2007/33 1013-1022.
- Budd, R. J. - Hughes, I. C.T 1997. What Do Relatives of People With Schizophrenia Find Helpful About Family Intervention?. Schizophrenia Bulletin 1997/2, 341-347.
- Cullberg, J. 2005. Psykoosit – Kokoava näkökulma. Therapie-säätiö. Helsinki.
- ESSHP 2012. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Fysioterapia. Osoitteessa http://www.esshp.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2180&# 3.1.2012.
- ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Osoitteessa http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf 17.1.2012.
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Hakapaino, Helsinki 2008.
- Haarakangas, K. – Seikkula, J. 1999. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Tampere-Paino Oy, Tampere.
- Hackman, A. - Dixon, L. 2008. Issues in Family Services for Persons With Schizophrenia. Osoitteessa <http://www.psychiatrytimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1147641?pageNumber=1> 1.1.2013.
- Hakala, M. – Pajunen-Aulis, M. 2009. Omaisen kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilökunnan kanssa läheisen ensimmäisellä psykiatrisella sairaalajaksolla. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu 2009. Kuopio.
- Heikkilä, J. 2006. Perheen tunneilmapiiri ja potilaan oireilu. Duodecim-lehti. 16/2006.
- Heinonen, M. - Hemmilä, A. 2009. Mielenterveyspotilaiden omaisten ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu 2009.

- Helsingin terveystieteiden keskus, Psykiatrian osasto. Auroran kuntoutuspoliklinikan työryhmä 2006.
- Hirvonen J. – Salokangas R. 2010. Skitsofrenia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15/2010.
- Honkapuro, T. 2010. Mielenterveyskuntoutuksen omaisen tuen tarve ja jaksaminen. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu 2010.
- Hopia, H. – Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2007.
- Huttunen, M. 2004. Lääkkeet mielen hoidossa. Kustannus Oy Duodecim. Tammerpaino Oy, Tampere 2004.
- Huttunen, M. 2012. Kaksisuuntainen (maanis-depressiivinen) mielialahäiriö. Osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti_artikkeli=dlk00378 20.12.2012
- Huttunen, M. 2011. Masennustilat eli depressiot. Duodecim. Osoitteessa [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti_artikkeli=dlk00538&p_haku=psykoottinen masennus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti_artikkeli=dlk00538&p_haku=psykoottinen_masennus) 20.12.2012
- Hyppänen, T. 2012. Omaisten kokemuksia prospect-vertaistukiryhmästä. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu 2012.
- Hyttinen, A. 2009. Vanhemmuuden tukeminen aikuispsykiatriassa. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu 2009. Kuopio.
- Hyvän Mielen Talo 2012. Omaistoiminta. Osoitteessa <http://www.hyvanmielentalo.fi/omaistoiminta/lapin-ja-pohjois-suomen-omaisryhmat.html> 28.12.2012.
- Isolahni, M. – Joukamaa, M. 2012. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Hakemisto. Skitsofrenia. Osoitteessa http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit 22.11.2012.
- Johansson, M. 2007. Varhaisen perheohjauksen malli. Kotiosoite 3 -projektin loppuraportti 2003–2006. Osoitteessa <http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/kotiosoiteloppuraportti.pdf> 27.12.2012.
- Johansson, M. 2009. Psykoedukatiivisten perheinterventtioiden yhdyntymisen kliiniseen työhön. Osoitteessa <http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/tutkimusraportti.pdf> 21.11.2012.
- Kansaneläkelaitos 2010. Asumisen tuet. Yleinen asumistuki. Osoitteessa <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130508144904PV?OpenDocument> 31.12.2012
- 2012. Lääkkeet ja lääkekorvaukset. Erityiskorvaus. Osoitteessa <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/alias/erityiskorvaus> 31.12.2012
- Karjalainen, S. – Kukkonen, P. 2005. Psykologista käyttötietoa. Edita. Helsinki.

- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kiviniemi, P. - Poutanen, O. 2004. Pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä – kiireellistä hoitoa vaativa häiriö. Tapauselostus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2/2004.
- Korkeila, J. – Joutsenniemi, K. – Sailas, E. 2011. Irti häpeäleistä. Duodecim. Helsinki.
- Koskisu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta – mielenterveyskuntoutujan työkirja. Mielenterveyden keskusliitto ry 2003.
- Koskisu, J. - Kulola T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Edita 2003. Helsinki.
- Kuipers, L. – Leff, J. – Lam, D. 1998. Koulutuksellinen perhetyö. ER-paino Ky 1998.
- Kukkurainen, M. 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Duodecim. Osoitteessa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?_p_artikkeli=reu00322
 20.12.2012
- Kyngäs, H. – Kääriäinen, M. – Poskiparta, M. – Johansson, K. – Hirvonen, E. - Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy 2007.
- Lauri, S. – Eriksson, E. – Hulpi, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Werner Söderström Oy 1998. WSOY –Kirjapainoyksikkö, Juva 1998.
- Lauri, S. – Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY 2005.
- Lepola, U. – Koponen, H. – Leinonen, E. – Joukamaa, M. Isohanni, M. – Hakola, P. Psykiatria. Werner Söderström Osakeyhtiö 2002.
- LSHP 2012. Psykiatria. Toiminnallisen hoidon yksikkö. Osoitteessa
<http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10660&contentlan=1> 20.12.2012.
- Luutonen, S. 4.5.2011. Psykoosin varhaistunnistus. Voiko psykoosin kulkua kääntää?. Luentoaineisto. Osoitteessa
<http://www.vsshp.fi/fi/5485/54835/>. 6.12.2012.
- Mertaniemi, S – Pakanen, H. - Sorvari, T. 2007. MISTÄ TUKI OMAISELLE? Mielenterveyskuntoutujien omaisten kokemuksia ja odotuksia hoito- ja kuntoutus- järjestelmältä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2007.
- Mielenterveyden keskusliitto 2012. Jäsensuhteet. Osoitteessa
<http://www.mtkl.fi/jasensuhteet>. 1.1.2013
- Männikkö, M – Koponen, T. - Jähi, R. 2011. Vertaistuki omaisryhmissä – loppuraportti. Projektiraportti. Osoitteessa <http://www.omaist-tampere.fi/pdf/Vertu%20loppuraportti%202011.pdf> 28.12.2012

- National Institute of Mental Health 2009. Schizophrenia. Osoitteessa
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/schizophrenia-booklet-2009.pdf> 31.12.2012.
- Palomäki, T. 2005. ”Elämää vuoristoradalla” - Mielenterveyspotilaiden iäkkäitä omaisia kuormittavat tekijät ja heidän kokemuksiinsa vertaistuesta. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto 2005.
- Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2001.
- Raatikainen, R. – Skinnari, T. 2012. Lapin sairaanhoitopiiri Ky, psykiatrian klinikka, Psykoosilinjan tutkimus- ja hoito-osasto 4:sen työparin haastattelu 1.11.2012.
- Raudaskoski, J. – Vesakoivu, K – Viinanen, M. 2012. Tiedon ja tuen tarve – kysely kysely mielenterveyspotilaiden läheisille. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Lappeenranta.
- Saarelainen, R. – Stengård, E. – Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö. Werner Söderström Oy 2000.
- Salo-Chydenius, S. 1992. Toimintaterapia mielenterveystyössä. VAPK-kustannus. Helsinki.
- Salokangas, R. – Heinimaa, M. – Suomela, T. – Ilonen, T. – Ristkari, T. – Korkeila, J. – Huttunen, J. – Hietala, J. – Syvälahti, E. Psykoosialttiuden arvioinnin opas. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2002.
- Salokangas, R. - Heinimaa, M. - Svirskis, T. - Huttunen, J. - Laine, T. - Korkeila, J. - Ilonen, T. - Ristkari, T. - Vaskelainen, L. - Rekola, J. - Heinisuo, A. - Heikkilä, J. - Syvälahti, E. - Hirvonen, J. - Parkkola, R. - Hietala, J. - Klosterkötter, J. - Ruhrmann, S. - von Reventlow, H. - Linszen, D. - Dingemans, P. - Birchwood, M. - Patterson, P. 2007. Psykoosille altis potilas. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Sariola, E. – Ojanen, M. 2000. Hoito vai pakkohoito?. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.
- Solantaus, T. 2006. Stakes. Lapset puheeksi osoitteessa:
<http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/9599FC38-BD35-4E04-809F-129739E041E5/0/LAPSETPUHEEKSI.pdf> 1.12.2012
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Toimeentulo. Osoitteessa
<http://www.stm.fi/toimeentulo>. 1.1.2013
- Stålberg, G. – Ekerwald, H. - Hultman C. 2004. At Issue: Siblings of Patients With Schizophrenia: Sibling Bond, Coping Patterns, and Fear of Possible Schizophrenia Heredity. Schizophrenia Bulletin 2004/30.
- Suomen fysioterapeutit 2012. Fysioterapia ammattina. Osoitteessa:
http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275 26.11.2012
- Suvisaari, J. - Perälä, J. - Viertiö, S. - Saarni, S.I. - Tuulio-Henriksson, A. - Partti, K. - Saarni, S.E. - Suokas, J. - Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja

alueellinen vaihtelu Suomessa. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkärilehti 9/2012.

Suutala, M. 2011. Lapsi omaisena. Vanhemman psyykkisen sairauden vaikutukset lapsen elämään ja hyvinvointiin. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu.

Syväoja, P. – Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2009. Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala 2009.

THL 2012. Ehkäisevä päihdetyö. Työvälineet ja aineistot. Vertaistuki. Osoitteessa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki 20.12.2012

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö. Osoitteessa http://tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html 17.1.2012

Vilkkä, H. – Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Åstedt-Kurki, P. - Paavilainen, E. – Pukuri T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Sairaanhoidaja 11/07.